Journal of Taipei Medical Association
2025
69卷·第5期
發行人/洪德仁
總編輯/陳彥元
執行長/陳彥元

臺北市醫師公會會刊

- 糖腳保衛戰—糖尿病神經病變的預防與治療選擇
- 癌因性疲憊的評估與治療
- 淺談巴金森氏症

臺北市醫師公會會刊

周百鍊題

目錄 Contents

理事的話	新一代抗體藥物複合體(ADC)在實體腫瘤治療的進展	**曾令民**	2
會務公告	一一四年資深醫師申請表		6
	「杏林獎」表揚標準及推薦辦法		7
	第卅三屆「杏林獎」推薦表（開業）		8
	第卅三屆「杏林獎」推薦表（醫院）		9
	「青年杏林獎」表揚標準及推薦辦法		10
	第十四屆「青年杏林獎」推薦表		11
	徵求本會會刊封面照片		12
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		13
	台北市醫師公會會員服務申請書		14
醫事法律	性騷擾—最高法院112年度台上字第1535號民事裁定評析	**王之劭、葛　謹**	16
學術專論	糖腳保衛戰—糖尿病神經病變的預防與治療選擇	**羅悅心、馬筱淇**	26
	癌因性疲憊的評估與治療	**鄭晴安、張曉婷、林明慧**	36
	淺談巴金森氏症	**林愷容、程劭儀**	42
活動報導	114年度單身（住院）醫師聯誼—春の愛情盛宴 午后光炫霓虹派對 活動報導	**王惠怡**	48

發 行 人：洪德仁
執 行 長：陳彥元
編輯顧問：曾春典、黃國晉
總 編 輯：陳彥元
副總編輯：方文輝、程劭儀
本期執行編輯：沈仲敏
本期副執行編輯：釋高上

編　　輯：周裕清・王森德・王瀛標・江建勰・吳岱穎・吳慶南・沈仲敏・林明慧・黃偉新・黃博浩・溫素瑩・釋高上
助理編輯：林芝馨
出　　版：台北市醫師公會
郵政劃撥帳號：00148090
台北市醫師公會會址：106001台北市信義路二段74號6樓
電話：(02)2351-0756・傳真：(02)2351-0739

2025年5月15日

Journal of Taipei Medical Association

P.26 P.54 P.58 P.65 P.73

活動預告	114年會員分區座談會		50
	團體桌球聯誼賽		51
	游泳比賽		52
	羽毛球賽		53
會員園地	服務欄		54
	開懷篇	**陳志鑫**	55
	攝影秀—法國 巴黎	**林隆煌**	56
杏林隨筆	溫泉醫療增進全人健康 打造健康台灣	**陳家勉**	58
	NotebookLM助攻論文分析與文字及語音互轉技巧分享	**楊豐源、羅宇成、陳曾基**	61
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(149) —健保案行政訴訟—傳說的敗訴法院？	**李志宏**	65
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-21	**朱真一**	73
	日據時代的醫學教育(7) —台灣人到韓國及英美體系醫學校習醫		
醫政公文	重要政令轉知會員		80
繼續教育	本會學術教育課程表		96
投稿簡則	歡迎惠賜稿件		封底裡
廣告資訊	振興醫院 5・玉山銀行 15・家扶基金會 25・勵馨基金會 47・營養好食事 79		

網址：www.tma.org.tw
e-mail(投稿專用)：tma07@tma.org.tw
e-mail(會員專用)：tma06@tma.org.tw
行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌第2354號
中華郵政台字第4210號雜誌交寄執照
法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師
臺北市中山區南京東路三段68號13樓
電話：(02)2506-8811

封面簡介

封面主題：**夏荷**

夏天，荷花總是多采多姿，在綠色荷葉的呵護下，展示嫣紅半白的花瓣，嬌羞展示這一季的風情。

作者：**吳國鈞**
服務院所：**尹書田醫療財團法人書田泌尿科眼科診所**

新一代抗體藥物複合體(ADC)在實體腫瘤治療的進展

台北榮民總醫院外科部　曾令民

前言

隨著醫療科技的進步，癌症治療從早期的化療發展至今，已涵蓋賀爾蒙治療、標靶療法與免疫療法，大幅提升病人的療效與存活率。而新一代抗體藥物複合體(Antibody-Drug Conjugates, ADCs)更進一步突破傳統治療限制，在癌症治療領域取得重大進展，精準攻擊癌細胞，降低副作用，為癌症病患帶來更多希望與治癒的可能。

抗體藥物複合體(ADC)作為一種標靶治療策略，ADC透過單株抗體(monoclonal antibody, mAb)攜帶細胞毒性藥物(payload)並選擇性地針對腫瘤細胞，提高治療效果的同時降低對正常細胞的傷害。隨著藥物設計的進步，新的ADC技術正在改變實體腫瘤(solid tumor)治療的現況，並為過去難以治療的癌症帶來新希望。

本文將探討新一代ADC的技術創新、臨床試驗成果，以及其在多種實體腫瘤（如乳腺癌、非小細胞肺癌、泌尿上皮癌及消化道癌症）中的應用與未來發展方向。

ADC的基本組成與作用機制

傳統ADC由三個關鍵組成部分構成：

1. 單株抗體(Antibody)：選擇性標的腫瘤相關抗原，如HER2、TROP-2、Nectin-4等。
2. 連接子(Linker)：將細胞毒性藥物與抗體連結，確保在循環系統中的穩定性，並於腫瘤內部特異性釋放。
3. 細胞毒性藥物(Payload)：常見的細胞毒素包括微管抑制劑（如MMAE, MMAF）或拓撲異構酶抑制劑（如DXd, SN-38）。

ADC的作用機制如下：

1. 標靶特異性抗原：ADC藉由抗體與腫瘤細胞表面的標的抗原結合。
2. 內化與溶酶體降解：結合後的ADC被內吞進入腫瘤細胞，並經溶酶體降解釋放細胞毒素。
3. 細胞毒性作用：釋放的藥物干擾細胞分裂或DNA修復，導致腫瘤細胞死亡。
4. 旁觀者效應(Bystander Effect)：釋放的細胞毒素可滲透至鄰近腫瘤細胞，包括抗原表達低或異質性高的細胞，提高殺傷範圍與治療效果，克服傳統ADC僅作用於高抗原表達細胞的限制。

新一代ADC的技術創新

相較於早期ADC，新一代ADC在以下幾方面取得突破：

1. 抗體的選擇與工程改造

新一代ADC使用更高親和力與特異性的抗體，例如人源化抗體或單域抗體，以提高腫瘤標的性並減少脫靶毒性。此外，抗體的Fc段可經過修飾，以減少非特異性Fc受體結合，降低免疫相關副作用。

2. 更穩定且可控的連接子

傳統ADC面臨連接子過早釋放藥物的問題，新一代ADC採用更穩定且可控的連接子設計，如Cleavable linkers（如Cathepsin B-sensitive linker）或Non-cleavable linkers，

提高藥物在血液循環中的穩定性並精準釋放。

3. 高效能的細胞毒素

新一代ADC選用更有效的細胞毒素，如Top1抑制劑(ex: DXd, SN-38)，較傳統微管抑制劑(MMAE)具更強的抗腫瘤活性，並能引發旁觀者效應，提高治療範圍。

4. 進階的DAR(Drug-to-Antibody Ratio)調控技術

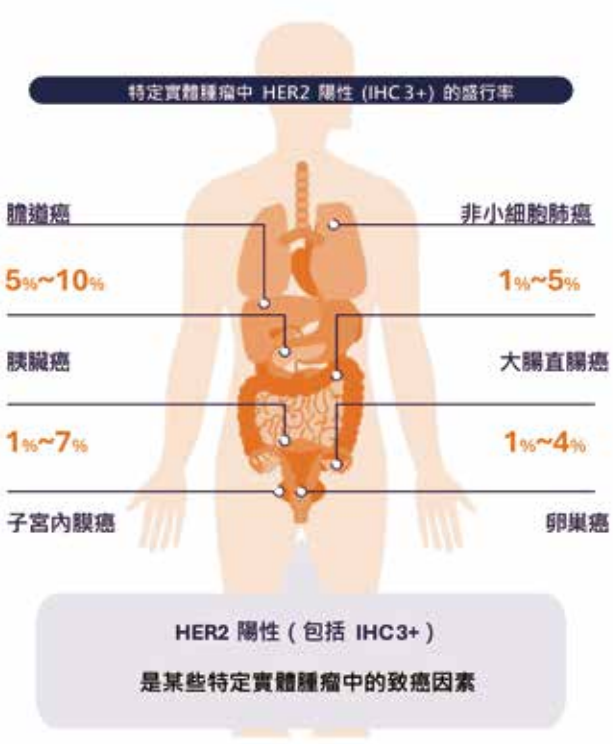
藥物與抗體的比例(DAR)對ADC療效影響重大。新技術如均質ADC(Homogeneous ADC)可精準控制DAR，提高治療效果並減少毒性。例如，Enhertu(T-DXd)擁有較高DAR（約8），與傳統T-DM1（DAR約3-4）相比顯示更高的治療效能。

新一代ADC在實體腫瘤的應用

1. 乳腺癌(Breast Cancer)

隨著抗體藥物複合體(ADC)的發展，乳癌治療迎來重大突破。ENHERTU®(Trastuzumab deruxtecan, T-DXd)在HER2陽性轉移性乳癌的第二線治療中展現卓越成效，mPFS高達29個月，mOS達52個月，已證明在轉移性乳癌患者中優於T-DM1。此外，其「旁觀者效應」更使其可作用於HER2低表達(HER2-low)患者，根據DESTINY-Breast 04研究結果，ER、PR 陰性且HER2-low患者接受治療後的mOS達18.2個月，為標準治療(TPC)的兩倍以上，因此擴大適應症範圍，並已納入多項國際治療準則（如NCCN）。

值得關注的是，ENHERTU®於2025年2月1日正式獲得台灣健保給付，適用於HER2過度表現（IHC3+或FISH+）之轉移性乳癌患者作為二線治療，或HER2弱陽性（IHC 1+或IHC2+/ISH-）且ER、PR皆陰性的無法切除局部晚期或轉移性乳癌病人，預計每年可幫助超過千名乳癌患者。



此外，Sacituzumab govitecan(SG, Trodelvy)針對TROP-2的ADC藥物，在轉移性三陰性乳癌(TNBC)治療中也展現良好療效，並已於2024年納入台灣健保給付，為TNBC患者提供更多治療選擇。

2. 非小細胞肺癌(NSCLC)

一般大眾對HER2突變的印象多與乳癌相關，而肺腺癌的HER2基因突變佔比約為3%至

6%, 且多為女性、非吸菸者，不容忽視。因為HER2基因突變與癌細胞的惡性度有關，具有HER2基因突變的腫瘤較容易轉移，且對化學治療和免疫治療的反應較差，也較容易復發。新一代ADC也運用在具有HER2基因突變的非小細胞肺癌，根據DESTINY-Lung02臨床試驗結果，ENHERTU®(Trastuzumab deruxtecan, T-DXd)在HER2基因突變的NSCLC患者中展現卓越療效，50%患者達到客觀緩解(ORR)，無疾病惡化存活期(mPFS)達10個月。目前ENHERTU®(trastuzumab deruxtecan)在台灣已取得HER2基因突變的非小細胞肺癌適應症。

3. 泌尿上皮癌(Urothelial Carcinoma)

Enfortumab vedotin(EV, Padcev)針對Nectin-4，已在2024年納入台灣健保給付用於局部晚期或轉移性尿路上皮癌(mUC)，在鉑類與PD-1/L1治療失敗的患者中展現顯著療效。

4. 其他特定實體腫瘤

HER2 陽性也可於多種轉移性實體腫瘤中檢測發現,特定實體腫瘤中 HER2 陽性(IHC 3+)的盛行率如下：

ENHERTU®已獲核准用於HER2陽性(IHC 3+)的無法切除或轉移性實體腫瘤，適用於曾接受全身性治療且無其他適當替代治療選項的成人患者。台灣於2024年正式核准此適應症，試驗數據顯示，ENHERTU®在不同癌別中展現強勁療效，針對接受過兩線以上治療的患者，腫瘤反應率(ORR)高達50%，一年存活率超過50%，顯示其在多種實體腫瘤中皆具顯著治療潛力。

新一代ADC的臨床挑戰與未來展望

1. 主要挑戰

耐藥性問題：部分患者仍可能對ADC產生耐藥，機制包括抗原表達下降、藥物外排蛋白（如MDR1）增加等。

毒性管理：ADC常見副作用如間質性肺病（ILD, T-DXd常見）及皮膚毒性（EV常見），仍需持續改進劑量調控與患者監測策略。

生物標誌物的選擇：如何精確挑選適合ADC治療的患者仍是臨床挑戰，未來需進一步開發高效生物標誌物來指導治療。

2. 未來發展

雙特異性ADC(Bispecific ADC)：同時靶向兩種抗原，如HER2/TROP-2，提高腫瘤選擇性並減少耐藥風險。

免疫結合ADC(Immune-enhancing ADC)：結合免疫調節機制，如刺激免疫細胞活化，提高腫瘤殺傷能力。

ADC聯合治療：與免疫檢查點抑制劑（PD-1/L1抑制劑）、PARP抑制劑或放射治療結合，可能產生更強的治療效果。

結論

新一代ADC技術的進步正在重新定義實體腫瘤的治療模式，尤其在乳癌、肺癌及泌尿上皮癌中已展現卓越的臨床療效。隨著藥物設計的進一步優化，ADC將持續擴展適應症，並與其他腫瘤治療策略結合，提高治療成功率。未來，臨床醫師需持續關注ADC的最新發展，以更精準的方式為患者提供最佳治療選擇。

振興醫療財團法人
振興醫院
Cheng Hsin General Hospital

高薪禮聘
敬邀具發展潛力的您來振興

誠徵主治醫師

神經內科	具神經專科醫師證書
加護中心科	具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書
老年醫學科	具老年醫學專科醫師證書
麻醉部	具麻醉專科醫師證書、ACLS證書
急診重症醫學部	具急診專科醫師證書、ACLS證書

應徵資格

- 醫學中心完成訓練尤佳
- 取得專科及次專科醫師證書
- 對醫療工作具熱忱、溝通協調能力優
- 團隊合作佳且勇於接受挑戰者
- 內外科系能值班者尤佳
- 有區域級(含)以上醫院擔任主治醫師工作經驗尤佳

電　話｜02-2826-4400分機8617 吳先生
E-mail｜apply@chgh.org.tw
意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄
112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

一一四年資深醫師申請表

親愛的會員，您好：

本會將於十一月舉辦的「八十週年暨醫師節慶祝大會」中表揚資深醫師，請符合表揚資格者撥冗填寫表格後，傳真(2351-0739/2341-4044)或寄送至本會。

姓　　名		表揚年資 (請勾選)	□30年 □35年 □40年 □45年 □50年 □55年 □60年 □65年 □70年 □75年
服務院所名稱		服務院所地址	
聯絡電話		畢業學校 (或任官令、任職令)	
畢業證書號碼 (或任官令、任職令號碼)		畢業證書日期 (或任官令、任職令日期)	
醫師證書號碼		醫師證書日期	

備註：

一、表揚對象限當年6月30日台北市醫師公會會籍資料**登記執業中**者。

二、領有中央衛生主管機關核發之醫師證書，執行醫療業務合計滿30年、35年、40年、45年、50年、55年、60年、65年、70年、75年者，由台北市醫師公會表揚，並報請臺北市政府衛生局表揚。

三、受獎人領有醫師證書，執行醫療業務年資合計滿下列各年資，且未辦理退會及未曾受該年資表揚者。

四、民國57年（含）以前畢業者，以畢業證書發給日為認證日期；自民國58年（含）起，參加醫師甄審考試及格者，以醫師證書發給日為資深醫師認證日期。

五、未具上述表揚條件，而持有總統任命為軍醫官任官令或將級以上主管發布之軍醫任職令退除役醫師，其執行醫療業務年資，以自取得任官令或任職令年資，加自領得醫師證書後執行醫療業務年資合併計算，另請附以上證明文件影本（請勿附原本，以免寄送途中遺失）。

六、請於**114年6月13日前**填寫表格後傳真或寄送至本會辦理（逾期恕不受理報名，而以本會資料做為表揚之依據）。

滿30年資深醫師：民國84年12月底　**滿55年資深醫師：民國59年12月底**
滿35年資深醫師：民國79年12月底　**滿60年資深醫師：民國54年12月底**
滿40年資深醫師：民國74年12月底　**滿65年資深醫師：民國49年12月底**
滿45年資深醫師：民國69年12月底　**滿70年資深醫師：民國44年12月底**
滿50年資深醫師：民國64年12月底　**滿75年資深醫師：民國39年12月底**

「杏林獎」表揚標準及推薦辦法

111.08.10第十九屆第十一次理監事聯席會修正通過

一、為鼓勵會員發揚醫師濟世活人美德，提昇醫師形象與社會地位，訂定本準則。

二、凡為本會會員，其個人有下列具體事實之一，得由所屬分區或所屬單位院所報請表揚，以表揚一次為限。

（一）對貧苦病人提供免費醫療服務，或優待醫療費用，有具體事實或優異表現者。

（二）義務參加各項醫療服務活動，或自辦義診，有具體事實及優異表現者。

（三）以醫師個人名義或醫師擔任團體負責人捐助社會公益事業，有具體事實及優異表現者。

（四）義務擔任孤兒院、養老院或特殊疾病之醫療服務工作，有具體事實及優異表現者。

（五）不計報酬自願前往無醫師之偏遠地區或孤島擔任醫療服務工作，對當地醫療保健之改善有顯著貢獻，獲當地居民之擁戴者。

（六）以醫師身份對社會有特殊之貢獻或服務，為社會輿論讚譽者。

（七）對醫學教育及臨床醫療有貢獻或研究發展上有具體事實及優異表現者。

（八）會員積極參與公會所推動的醫療政策及醫療業務等且有具體事實者。

三、前項各款事蹟，**應以自加入本會以後**，所從事或貢獻者為準。以其他社團、宗教等名義、身份提供之服務、捐獻，或加入本會以前之事蹟，概不予計算。

四、推薦辦法：

（一）推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。

（二）基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。

（三）請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。

（四）推薦日期截止後即不再受理申請為原則。

五、審查方式及通過名額：

由醫學倫理委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以35名為原則。

六、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第卅三屆「杏林獎」推薦表（開業）

姓　名		年齡		性別	
優良事蹟	**符合表揚標準及推薦辦法第（　　）條第（　　）項**				
服務院所					
科　　別		職稱			
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

連署人：

注意事項：

一、推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。

二、**基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。**

三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。

四、推薦日期截止後即不再受理申請。

五、**推薦截止日期：一一四年六月三十日（以郵戳為憑）。**

第卅三屆「杏林獎」推薦表

（醫院）

姓　名		年齡		性別	
優良事蹟	**符合表揚標準及推薦辦法第（　　）條第（　　）項**				
服務院所					
科　　別		職稱			
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

院長：

連署人：

注意事項：

一、**推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人）**，醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。

二、基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。

三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將**具體事蹟附件資料電子**檔一併寄送本會。

四、推薦日期截止後即不再受理申請。

五、**推薦截止日期：一一四年六月三十日（以郵戳為憑）。**

「青年杏林獎」表揚標準及推薦辦法

113.12.18第廿屆第七次理監事聯席會修正通過

一、為鼓勵年輕醫師(四十歲以下)會員發揚醫師濟世救人美德，提昇醫師形象與社會地位，訂定本辦法。

二、凡為本會會員，其個人有下列具體事實之一，得由所屬醫院或本會醫療永續發展研究小組(智庫)推薦報請表揚，以表揚一次為限。

（一）義務參加各項醫療服務活動，包括擔任弱勢族群或特殊疾病之醫療服務工作，或參與義診，有具體事實及優異表現者。

（二）以醫師個人名義或參與團體捐助社會公益事業，有具體事實及優異表現者。

（三）不計報酬自願前往無醫師之偏遠地區或孤島擔任醫療服務工作，對當地醫療保健之改善有顯著貢獻，獲當地居民之擁戴者。

（四）以醫師身份對社會有特殊之貢獻或服務，為社會輿論讚譽者。

（五）對醫學教育及臨床醫療有貢獻或研究發展上有具體事實及優異表現者。

（六）對住院病人悉心照顧，迭受住院病人或家屬讚揚，有具體事實者。

三、前項各款事蹟，**應以自加入本會以後**，所從事或貢獻者為準。

四、推薦辦法：

（一）醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章，本會智庫推薦者由推薦人及智庫召集人簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，醫院院長、智庫召集人得為推薦人）。醫學中心及本會智庫推薦各以三人為限，區域醫院推薦以二人為限，其他醫院推薦以一人為限。

（二）請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。

（三）推薦日期截止後即不再受理申請。

五、審查方式及通過名額：

（一）由醫學倫理紀律委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以23名為原則。

（二）經理事會複審通過當選之年輕醫師，即可接受表揚，不受申請後退會或身份變更之影響。

六、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第十四屆「青年杏林獎」推薦表

姓　名		年齡		性別	
優良事蹟	**符合表揚標準及推薦辦法第（　　）條第（　　）項**				
服務院所					
科　　別		職稱			
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

院　長：

單位主管：

注意事項：

一、**醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章**（**推薦人須為本會會員，醫院院長得為推薦人**）。醫學中心及本會智庫推薦各以三人為限，區域醫院推薦以二人為限，其他醫院推薦以一人為限。

二、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將**具體事蹟附件資料電子檔**一併寄送本會。

三、推薦日期截止後即不再受理申請。

四、**推薦截止日期：一一四年六月三十日（以郵戳為憑）。**

徵求本會會刊封面照片

徵稿時間：114年7月1日至8月31日

參加資格：限本會會員

主　　題：以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

作品規格：**作品限攝於台北市**。每幀照片請附30~50字的文字說明。會刊封面尺寸為：菊八開、直式(29.7 cm x 21 cm)。**直幅**或**橫幅**照片皆可，照片畫素須**高於**2480x3508，即**869萬畫素以上**，檔案須大於**3MB**，未符合以上條件恕不受理。

投稿方式：請將作品檔案及報名表以Email寄至tma07@tma.org.tw或郵寄資料光碟至臺北市大安區信義路二段74號六樓，並註明「投稿台北市醫師公會會刊封面」，信件內文請註明**作品標題、攝影地點、圖片說明**，並附**姓名、服務單位、電話**。

甄選結果：經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

備註：

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

台北市醫師公會會刊
封面照片投稿資料表

會員姓名		性別	□男 □女
服務院所		聯絡電話	
E-Mail			
季節	□ 春 □ 夏 □ 秋 □ 冬		
拍攝地點			
作品標題			
文字說明	(30-50字)		

一、注意事項

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

二、著作權聲明書與授權書

※立書人擔保本攝影作品係攝影者之原創，本人擔保已取得著作權人版權所有者一切相關合法之授權與同意，且無抄襲剽竊侵害他人智慧財產權之情事。日後若本攝影作品涉及違反著作權、肖像權或其他法律規範，本人願負完全法律責任，並退回已收取之稿費，不得異議。

※本攝影作品如經審核通過後，本人同意授權台北市醫師公會該作品之著作權，攝影作品可由公會或授權他人不限時間、地點、次數或方式之自由利用；版權歸台北市醫師公會所有，未經台北市醫師公會之同意不得轉載。謹此聲明。

此 致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日　　期：　　年　　月　　日

＊報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！

台北市醫師公會
會員服務申請書

申 請 人		申請日期	年　　月　　日
院所名稱		院所地址	
執業科別		聯絡電話	
電子信箱			
請求協助事件摘要			
辦理情形			
備　註	1. 舉凡消防、健保、醫療業務、醫療政策、醫療爭議…等問題，均可填寫書面申請書後，mail至本會（tma121@tma.org.tw）協助辦理。 2. 本會在收達您的申請表後，將會主動與您聯絡並儘速安排解決方案。 3. 連絡人：王小姐，2351-0756分機21 4. 本申請書收件時間：　　年　　月　　日　　時　　分		

理事長		召集委員		執行長		總幹事		組 長		承辦人	

玉山金彩稅月

與你e起 聰明繳稅

醫師尊榮無限卡繳綜所稅/房屋稅
最高享0.35%玉山e point回饋

綜所稅

繳稅回饋

卡片/客群	稅款	
	未滿100萬元	100萬元(含)以上
醫師尊榮無限卡	0.1%玉山e point回饋(無上限)	0.3%玉山e point回饋(上限10萬點)
醫師尊榮無限卡 (需使用玉山帳戶自動扣繳信用卡費)	0.2%玉山e point回饋(無上限)	0.3%玉山e point回饋(上限10萬點)
理財會員	0.2%玉山e point回饋(無上限)	0.35%玉山e point回饋(上限10萬點)

分期方案

- 稅款不限金額享6期0利率
  - 理財會員登錄可同享【繳稅回饋】與【分期方案】

加碼優惠

- 理財會員繳綜所稅每滿200萬元可累贈20美金，最高回饋1,000美金

房屋稅

一次付 享好康

- 透過玉山Wallet繳房屋稅，登錄享0.2%玉山e point回饋(上限50點)
- 透過悠遊付綁定玉山信用卡繳房屋稅，登錄享0.2%玉山e point回饋(回饋無上限)

分期付 好輕鬆

- 玉山信用卡於玉山Wallet行動繳稅或Paytax繳稅服務網繳房屋稅，稅款單筆1萬元(含)以上，登錄享3期0利率

繳稅期間：綜所稅2025/5/1~2025/7/3、房屋稅2025/4/29～2025/5/31 (繳納期間依稅務機關公布為準)

注意事項：◎綜所稅：【繳稅回饋】與【分期方案】優惠活動限「擇一」登錄參加，若同時登錄以【分期方案】為準。◎房屋稅：(1)【一次付 享好康】僅適用玉山Wallet及悠遊付Easy Wallet APP行動繳稅。(2) 悠遊付不適用【分期付 好輕鬆】活動。(3) 登錄參加【分期付 好輕鬆】，則不再享【一次付 享好康】。◎活動僅適用Paytax財政部繳稅服務網繳稅 (包含掃描稅單QR Code、財政部網站、電話繳稅)、玉山Wallet繳稅。◎分期方案需於信用卡原額度可用餘額內申請。◎稅款分期金額依申請期數按每月平均攤還 (未能整除之金額併入首期)。◎分期金額尚未全部結清時，未結清部分仍會佔用個人可使用之信用額度。◎詳細活動內容及注意事項請見本行官網或掃描QR Code。◎玉山銀行保留活動修改、變更及終止之權利。

了解更多

謹慎理財 信用無價◎分期零利率產品：零手續費、零總費用年百分率◎循環利率：5.88%～15%(依本行電腦評等而訂，基準日：2015/9/1)◎預借現金手續費(依預借現金約定結付幣別區分)：預借現金金額×3.5%＋(新臺幣100元/3.5美元/350日圓/2.5歐元)◎其他相關費率依本行網站及申請書公告

性騷擾—最高法院112年度台上字第1535號民事裁定評析

[1]天主教聖馬爾定醫院職業醫學科 [2]臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
王之劭[1] 葛 謹[2]

前言

2017年10月美國哈維·韋恩斯坦性騷擾事件(Harvey Weinstein sexual abuse cases)後，譴責性騷擾、性猥褻與性侵犯行為的「#我也是(#MeToo)」運動，成為社交媒體上廣泛傳播的主題標籤，並廣泛引起國際社會的重視與討論[1-2]，臺灣也不例外[3-4]。性騷擾防治法(Sexual Harassment Prevention Act)第2條：「（第1項）本法所稱性騷擾，指性侵害犯罪以外，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有下列情形之一：一、以明示或暗示之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。二、以該他人順服或拒絕該行為，作為自己或他人獲得、喪失或減損其學習、工作、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件。（第2項）本法所稱權勢性騷擾，指對於因教育、訓練、醫療、公務、業務、求職或其他相類關係受自己監督、照護、指導之人，利用權勢或機會為性騷擾。」[5]。

經過

甲自1997年11月起任職於A公司，2008年至2012年擔任總經理秘書職務期間，多次遭乙（總經理）之性騷擾，甲於2012年間向A公司反應，A公司將甲調職為董事長秘書，任職期間，仍持續受到乙性騷擾，然A公司於2014年將甲回任乙之秘書，因此甲於2017年7月向A公司董事長特助、董事長等人反應，A公司並未採取立即有效之補救措施，甲先自請事假、病假及特休假等方式待A公司調查。於自身假期用完、無假可請之情況下，請求A公司提供無薪假，遭公司拒絕，表示若要請假，需辦理留職停薪。嗣後僅於2017年7月11日以人事公告將乙調職為總經理特助，並於同年8月底將甲降職為產品推廣主任。

嗣後甲才知悉將甲調職之人事安排，係由乙召集其他主管討論而作成。A公司突於2019年11月19日片面以業務緊縮、虧損為由，通知甲將裁撤產品推廣部門，並要求甲於10天後離職（同年月29日）。甲認為：(1)A公司2019年度營運正常，營業收入持續成長，並未有業務緊縮或虧損之事實。(2)且A公司還招募新進員工，並無業務緊縮或虧損事由。2019年12月11日甲向N市政府勞工局提出申訴：「違法解僱。」並向民事法院起訴A公司，請求：(1)給付醫療費用318,122元。(2)請假期間薪資損失75,993元。(3)非財產上損害賠償200,000元。(4)確認僱傭關係存在。

爭執1：甲於職場遭受性騷擾，A公司有無採取立即有效之糾正及補救措施？

法院心證：(1)性別工作平等法第13條：「雇主應防治性騷擾行為之發生。其僱用受僱者三十人以上者，應訂定性騷擾防治措施、申訴及懲戒辦法，並在工作場所公開揭示。雇主於知悉前條性騷擾之情形時，應採取立即有效之糾正及補救措施。」(2)甲提出乙與其互動

之錄音檔與數位證人證詞，堪認2016、2017年間，在辦公室多次對甲性騷擾乙節，可以採信。(3)N市就業歧視委員會評議：A公司違反性別工作平等法，未採取立即有效之糾正及補救措施，裁處罰鍰新臺幣10萬元。[6]

爭執2：甲罹重度憂鬱症，是否受有職業災害？

甲主張：甲遭受性騷擾，A公司未採取立即有效之糾正或補救措施，將甲調職後，違法解僱甲，多年以來飽受精神上折磨，罹患重度憂鬱症，更因此併發身體上疾病、開刀多次，受有職業災害。

A公司主張：(1)已採取糾正或補救措施。(2)縱甲主張為真，甲之請求權亦已罹於時效而消滅。

法院心證：地方法院：(1)甲2019年12月26日發函A公司：「貴公司既知悉本人遭受性騷擾事件，依上述性別工作平等法規定，自有義務防止性騷擾事件發生，且知悉後亦應採取立即有效之糾正及補救措施。惟上述種種事證已顯A公司實未採取積極且公平之方式處置，使甲至今身心蒙受壓力甚鉅，除受有精神上痛苦外，更導致身體疾病，為此就醫、開刀數次。」(2)甲提出2020年2月10日B醫院診斷證明書及「B醫院職業病評估報告書」：「（甲患有）1.憂鬱症，2.廣泛性焦慮症，3.恐慌症」等職業病。「在2007年之前，甲無精神科病史或精神科相關就診紀錄，亦無家族精神科病史。甲於2007年調任總經理秘書一職，任職後於2007年開始，多次遭受總經理性騷擾，並開始出現失眠、焦慮、易怒、情緒不穩等症狀，根據個案自述及可得資料，其自2009年起長期於精神科門診就醫，C醫院精神科2011年8月12日門診病歷記載：『焦慮、過度擔憂、非常易怒、心悸、失眠、情緒不穩』，診斷為：1.廣泛性焦慮症；2.鬱症，單次發作，輕度；3.特定場所恐慌症，並接受口服藥物治療。C醫院2012年4月25日及2013年1月7日之診斷證明書上記載『個案因罹患焦慮症合併憂鬱症，持續就診中，需長期治療』。個案後續於C醫院、D醫院、E診所精神科門診追蹤，接受口服藥物治療。D醫院2012年5月25日門診病歷記載有：『情緒低落、失樂症狀、失眠、食慾低落、精神運動性遲滯、易倦、注意力不集中、自殺意念、負面想法如無價值感、無望感、無助感、症狀持續一年，於最近兩周惡化，合併恐慌發作、夜間易醒、情緒低落時有聽幻覺，無其他精神病特徵』。C醫院2017年8月23日門診病歷有記載：『遭老闆騷擾，無人知道，即將要回去工作，壓力很大』，診斷為：1.鬱症，單次發作，輕度；2.廣泛性焦慮症，3.特定場所恐慌症。(3)綜上，甲長期在精神科追蹤治療約8至9年，經精神科醫師確診上述三診斷，故應認定甲確實因總經理性騷擾一事而受有職業災害無疑。

高等法院：(1)勞動部職業安全衛生署頒佈之「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」[7]，認定精神疾病與工作事件是否有關連性，應確認是否有業務以外之心理負

荷或個人因素導致發病等三要件，方屬適法。(2)甲之婚姻狀態不佳。罹患憂鬱症可能與其婚姻狀態有關。(3)製作診斷證明書及評估報告書之醫師並未審酌此婚姻因素。(4)B醫院診斷證明書記載：「甲主訴在職期間遭受主管性騷擾，於2011年起因重鬱症陸續於精神科就診，又被雇主強迫資遣，造成其憂鬱症病情加重，若甲所陳屬實，可屬職業相關疾病。」可見亦未審酌前述婚姻因素。從而，前述診斷證明書、診斷證明書及評估報告書既未確認是否有業務以外之心理負荷或個人因素導致發病，揆諸參考指引之規定，診斷證明書及評估報告書，難以證明甲憂鬱症與職業災害間之因果關係存在。

爭執3：甲與A公司僱傭關係是否存在？

甲主張：A公司資遣不合法，雇傭關係仍應存在。

A公司主張：甲因公司虧損、業務緊縮而資遣，並無不合法。

法院心證：地方法院：(1)甲最早於2007年擔任總經理秘書開始，受總經理多次性騷擾，並開始出現失眠、焦慮、易怒、情緒不穩等症狀。(2)2009年起於精神科門診就醫，2011年8月12日即經C醫院精神科診斷：「1.廣泛性焦慮症；2.鬱症，單次發作，輕度；3.特定場所恐慌症。」(3)A公司於2019年11月19日以業務緊縮、虧損為由，通知甲將裁撤產品推廣部門，並要求甲於10日後（11月29日）離職。(4)甲當時仍因職業災害而於精神科追蹤治療中，處於醫療期間，依勞基法第13條規定，雇主不得終止契約。(5)應認定A公司所為的解僱行為違反強制規定，應屬無效，兩造間僱傭關係仍然存在。

高等法院：A公司以業務緊縮、虧損為由，預告終止兩造間勞動契約，並不符合勞基法第11條第2款之規定，其終止契約不合法，兩造間僱傭契約仍存在。

爭執4：甲請求A公司自2019年11月29日起至復職日止，按月給付薪資及提撥勞工退休金，是否合理？

甲主張：A公司自2019年11月29日起至復職日止，按月給付薪資及提撥勞工退休金。

法院心證：(1)民法第487條：「僱用人受領勞務遲延者，受僱人無補服勞務之義務，仍得請求報酬。」(2)最高法院民事判決：「次按債權人於受領遲延後，需再表示受領之意，或為受領給付作必要之協力，催告債務人給付時，其受領遲延之狀態始得認為終了。在此之前，債務人無須補服勞務之義務，仍得請求報酬。[8]」(3)A公司違法解僱，甲與A公司僱傭關係仍存在，原告主觀上並無任意去職之意，客觀上亦得繼續提供勞務。(4)A公司要求甲於2019年11月29日離職，自該時起即拒絕甲服勞務，顯有拒絕受領甲提供勞務之情事，A公司拒絕受領後，即應負受領遲延之責。(5)補服勞務：甲於A公司再為表示受領勞務之意或為受領甲給付勞務必要之指示前，甲並無補服勞務之義務，並得請求給付至復職日止之工作報

酬。(6)甲離職前每個月薪資為53,870元，依民法第487條規定，向A公司請求給付每月工資53,870元，應為有據。(7)甲月薪為53,870元，依勞工退休金每月提繳工資分級表所適用之級距，每月應為甲提繳工資為55,400元，據此計算A公司每月應提繳至少6%之退休金3,324元。(8)依勞工退休金條例第6條第1項、第14條第1項規定，A公司應按月提繳3,324元至甲勞工保險局設立之勞工退休金專戶，亦屬有據。

爭執5：甲請求給付醫療費用318,122元部分，是否有據？

甲主張：(1)甲因多次遭受乙性騷擾，出現失眠、焦慮、易怒、情緒不穩等身心症狀，自2009年起於精神科門診就醫，長期追蹤治療約8至9年，應認定其受有職業災害而罹患職業病，自得依勞基法第59條第1款規定，請求A公司補償其必需之醫療費用。(2)N市就業歧視評議委員會審定書：「甲口頭提出性騷擾申訴時，A公司未依性騷擾防治辦法訂定準則第6條規定，做成書面紀錄，並向申訴人朗讀或使閱覽，確認其內容無誤後，由其簽名蓋章，亦未依自訂性騷擾防治措施及懲戒辦法組成申訴處理委員會，調查結果亦未依上述準則及辦法做成書面紀錄及以書面通知申訴人。」

A公司主張：醫療費用請求權，已罹於時效而消滅。

法院心證：地方法院：(1)A公司將甲之職務調整為產品推廣部主任後，未設身處地關懷甲感受，忽視甲畏懼與乙接觸及同處之身心狀況，未主動避免甲與乙之接觸，事後又未積極辦理性騷擾防治之教育訓練。(2)A公司難謂已設身處地關懷甲感受，亦未以審慎態度啟動調查，及採取防治性騷擾相關措施，對於防免甲持續處於具敵意性、脅迫性或冒犯性之工作環境，難有助益。(3)A公司違反性平法第13條第2項規定，洵堪認定。(4)甲得依性別工作平等法第28條規定，請求被告公司負損害賠償責任。(5)性別工作平等法第30條：「第二十六條至第二十八條之損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，二年間不行使而消滅。自有性騷擾行為或違反各該規定之行為時起，逾十年者，亦同。」(6)勞動基準法第61條：「第59條之受領補償權，自得受領之日起，因二年間不行使而消滅。」(7)甲於2017年7月反應有遭性騷擾後，A公司立即於同月11日作成乙「降職處分」，並將降職處分結果公告，更在證交所公開資訊觀測站發佈撤換總經理之重大訊息，且為減少二人接觸之機會，將甲調至需團隊合作、距離乙辦公位置遙遠之其他部門，而乙調職後，於2017年12月1日提出離職申請，並於2018年1月2日生效離開A公司。(8)甲於2020年2月15日始向法院提起訴訟，往前推算2年（即2018年2月15日前），甲所受之損害或醫療費用，即已罹於時效而消滅。(9)甲2018年2月15日以後所支出之醫療費用，僅能認定其中2019年12月2日環境暨職業醫學部6127元，以及2019年12月6日、12日及2020年1月2日精神科三筆費用490元、510

元、470元，屬於本件職業災害所需之醫療費用或因違反性別工作平等法造成原告精神方面所生之損害。(10)其他各部門如神經內科、乳房外科、風濕免疫科、內科部、胃腸科、婦產部、一般外科等疾病所支出之醫療費用，A公司質疑甲所患之病症為何？醫師診斷為何？患病時間點為何？患病原因為何？甲並未提出證據證明這些病症是因本件職業病或違反性別工作平等法所發生之損害，即無法請求賠償或補償。(10)醫療費用部分：僅能請求給付上述四筆醫療費用共計7,597元。

高等法院：(1)診斷證明書及評估報告書既未確認是否有業務以外之心理負荷或個人因素導致發病，揆諸參考指引之規定，醫師並未審酌婚姻因素，難以證明：甲憂鬱症與職業災害間之因果關係存在。(2)甲依性平法第28條、勞基法第59條規定，請求因職業災害所支出之醫療費用7,597元，為無理由。

爭執6：甲請求給付請假期間所薪資損失75,993元，是否有據？

甲主張：(1)2017年7月4日至同年8月11日請特休、事假等共218.5小時，2017年8月16日起至同年8月30日止請留職停薪共120小時。(2)甲時薪為224.5元（計算式：月薪53,870元÷30天×每日工作時數8小時=每日時薪224.5元），故請假期間所損失之薪資，請求75,993元整（計算式：224.5元x（218.5小時+120小時）=75,993元）。

A公司主張：2017年7月11日將乙降職處分，已採取相關糾正及補救措施。

法院心證：(1)甲提出的C醫院、E醫院、及B醫院診斷證明書及「B醫院辦理職業傷病防治中心職業病評估報告書」，均無記載甲因職業病而「不能工作」之紀錄。(2)甲提出的醫療費用證明，於2017年7月4日至同年8月30日期間，也僅於2017年7月6日、8月23日、8月26日分別至C醫院婦產部、精神科、家庭醫學科門診共三次，也無法證明其有「不能工作」的情形。(3)甲無從依勞基法第59條第2款規定請求補償此部分原領工資。

爭執7：甲請求非財產上損害賠償20萬元部分，是否有據？

甲主張：其遭受精神上相當之痛苦，故請求賠償非財產上損害。

法院心證：(1)N市就業歧視評議委員會審定書：「A公司違反性別工作平等法第13條第2項規定。」甲主張應屬有據。(2)慰撫金之多寡，應斟酌雙方之身分、地位、資力與加害之程度及其他各種情形核定相當之數額，其金額是否相當，自應依實際加害情形與被害人所受之痛苦及雙方之身分、地位、經濟狀況等關係決定之。(3)審酌A公司於甲申訴後數內日，即一方面體諒甲當時心情，讓甲休假調養身心，一方面依照請求將其調換職務，也將其辦公座位搬至遠離乙之位置。(4)調降乙之職務為總經理特助。(5)甲於2017年8月31日回來上班後，乙也在同年12月1日提出離職申請並於2018年1月2生效。此4個月內依甲所述情形，

應認定A公司於知悉性騷擾情事後確實已採取相關之糾正及補救措施，以避免繼續發生性騷擾之情事。(6)故甲請求非財產上之損害賠償20萬元過高，應以10萬元為適當。

高等法院：一審判決賠償10萬元，尚屬過高，應以5萬元為適當。

爭執8：A公司已支付之902,399元資遣費、預告工資及年終獎金，可否請求抵銷？

法院心證：(1)民法第334條第1項：「二人互負債務，而其給付種類相同，並均屆清償期者，各得以其債務，與他方之債務，互為抵銷。但依債之性質不能抵銷或依當事人之特約不得抵銷者，不在此限。」(2)民法第335條第1項：「抵銷，應以意思表示，向他方為之。其相互間債之關係，溯及最初得為抵銷時，按照抵銷數額而消滅。」(3)兩造間的勞動契約關係仍然存在，並有繼續支付甲薪資的必要，則A公司即無義務給付資遣相關費用，而得依「不當得利」請求權向甲請求返還。(4)甲得請求A公司給付自2019年11月29日起至復職日止之每月工資53,870元，但經抵銷16個月工資總額861,920元後（53,870x16=861,920），餘額40,479元仍得抵銷23日薪資（每日工資為53,870元/30日=1,796元，40,479元/每日工資1,796=23日），故自2019年11月29日加計23日為2019年12月21日，再加計16個月為2021年4月21日止。(5)經抵銷後，甲仍得請求A公司給付自2021年4月22日起至復職日止之每月工資53,870元。

高等法院：(1)2021年4月22日至同年4月30日共9日之薪資為1萬6164元(1,796×9＝16,164)。(2)兩造約定於次月5日發薪，A公司自次月6日起應負給付遲延之責。(3)兩造僱傭關係存在。(4)A公司應給付甲1萬6164元，及自2021年5月6日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。(5)A公司應自2021年5月1日起至甲復職日之止，按月於次月5日給付上訴人5萬3870元，及自各該次月6日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，即屬有據，應予准許。

法院（民事訴訟）

地方法院：(1)確認甲與A公司間僱傭關係存在。(2)A公司應自2021年4月22日起至甲復職日止，按月於每月5日給付甲新臺幣53,870元，及各期給付分別自每月6日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。(3)A公司應自2019年11月29日起至復職之日止，按月向甲之勞工保險局退休專戶提撥新臺幣3,324元。(4)A公司應給付甲117,597元。[9] A公司認為：(1)甲隱瞞長期為婚姻問題所苦對精神上之影響。(2)職業病評估報告書均無記載甲因職業傷病而不能工作，非勞基法第59條規定之不得終止勞動契約之醫療期間。(3)勞工因職業災害經治療後已回復工作能力者，亦非屬職業災害勞工保護法第23條所規範之職業災害勞工，提起上訴。

高等法院：(1)確認甲與A公司間僱傭關係存在。(2)A公司應自2021年4月22日起至甲復職日止，按月於每月5日給付甲新臺幣53,870

元，及各期給付分別自每月6日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息。(3)A公司應自2019年11月29日起至復職之日止，按月向甲之勞工保險局退休專戶提撥新臺幣3,324元。(4)A公司應給付甲5萬元。[10] A公司仍不服，提起上訴。

最高法院：上訴駁回。[11]

討論

主題標籤：主題標籤(Hashtag)，又稱為話題標記、題標，是Twitter、Facebook及Instagram等社群媒體重要的自我表達、交流意見的互動管道。主題標籤由一個#號加上一個詞、單字，或沒有空格的一句話所構成，使用在社群網站的貼文，可將各篇獨立的貼文串連在一起，藉著各種題標，連結到同一個平台內有相同題標的貼文。主題標籤通常可以包含字母、數字和底線。因英文廣泛使用hashtag，2014年6月牛津英語詞典已加入此字。英文hashtag一詞也即為「#號」本身，已成為一個直觀且靈活的標籤工具，在社交媒體平臺上用於索引關鍵詞或主題分類，使社群媒體用戶增加連結緊密度與強連結，因而，社群媒體使用互動過程中所發布的圖文內容，有助於了解和預測個體用戶或潛在消費者行為，從而達成行銷效益、個性化推薦及品牌形象之管理。[12]

#我也是(#MeToo)運動：2017年後，#MeToo運動與#MeTooMedicine運動全球85國遍地開花，臺灣的教育、政治、學術、演藝界、醫界也開始延燒，學者更檢視與分析醫學教育、醫療職場上的雇主責任、申訴管道與案件分析，提醒雖然2024年新版性平三法上路後，除非高權者願意重視，並著手改變，否則受害人仍會擔心成為犧牲者而不敢出面。[13-15]

性平三法：我國原有性平三法：(1)性騷擾防治法（2006年施行）[5]；(2)性別工作平等法（原名稱：性別平等工作法，2002年3月8日施行）；(3)性別平等教育法（2004年6月施行）[16-17]，行政院院會於2023年7月13日通過「三法」修正草案，同月底立法院三讀通過以上「性平三法」，強調：以被害人保護為中心，強化「有效」打擊加害人的裁罰處置、完備「友善」被害人的權益保障及服務、建立專業「可信賴」的性騷擾防治制度。「性平三法」新制自2024年3月8日施行，勞動部2025年3月10日公布「職場性騷擾案件通報系統」2024年統計：申訴1,577案，成立案件共949件(60.1%)，以製造業占21%最多；不成立有396件(25.1%)，其餘14.8%未完成調查。(1)通報來源：公務機關佔了22%，其餘77%則是來自一般公司行號；(2)被害人：九成是女性，年齡主要集中在25到44歲。(3)申訴內容：大多屬於讓人感到不舒服的言語或行為「敵意式性騷擾」，其中又以肢體和口語騷擾最常見。(4)加害人：72.9%為非權勢。(5)行業：以「製造業」最多，其次是「公共行政及國防；強制性社會安全」產業，第三為「醫療保健及社會工作服務業」。(6)案件成立：多數雇主會記申誡，並安排加害人接受教育訓練，也有些人被記過，並有127名行為人遭解僱。勞動部提

醒：(1)不管公司大小，雇主一旦知道職場上有人遭遇性騷擾，就要立刻處理，也要提供被害人必要的協助，轉介心理諮商或醫療服務。(2)雇主處理性騷擾事件要謹慎，也要同理受害人。[18]

時效消滅：甲雖於2012年間向A公司反應受到性騷擾，仍會擔心成為犧牲者而不敢出面，直至2019年12月11日方因「違法解僱」向N市政府勞工局提出申訴，並向民事法院起訴A公司；然而，民法第128條：「消滅時效，自請求權可行使時起算。以不行為為目的之請求權，自為行為時起算。」同法第144條：「時效完成後，債務人得拒絕給付。」性別工作平等法第30條：「第二十六條至第二十八條之損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，二年間不行使而消滅。自有性騷擾行為或違反各該規定之行為時起，逾十年者，亦同。」職場性騷擾雖然成立，因損害賠償請求權已超過2年，賠償義務人又拒絕給付而無法得到補償。

結語

職災認定：勞動部職業安全衛生署頒佈之「職業病認定參考指引」分為：(1)人因性危害（10筆）；(2)化學性危害（131筆）；(3)生物性危害（18筆）；(4)物理性危害（11筆）；(5)社會、心理性危害（3筆）。「參考指引」總共173筆，是職業醫學專科醫師訓練與診斷職業病的重要參考指引[20]，其中「社會、心理性危害」認定參考指引有3筆：(i)工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引；(ii)職業相關之創傷後壓力症候群認定參考指引；(iii)職業促發腦心血管疾病認定參考指引。職業醫學專科醫師亦依照「參考指引」進行職業病認定，本案一審法院同意B醫院之職業傷病診斷，二審法院直接引用A公司的抗辯：醫師判斷未考慮婚姻因素，不符「參考指引」認定要件，直接否定B醫師的職業傷病診斷，值得醫界與職業醫學專科醫師注意。

參考文獻

1. 法羅(Ronan F)著/鄭煥昇譯：性掠食者與牠們的帝國－揭發好萊塢製片大亨哈維・溫斯坦令巨星名流噤聲，人人知而不報的驚人內幕與共犯結構(Catch and kill : lies, spies, and a conspiracy to protect predators)。臺北市，臉譜出版；2021.
2. 坎托(Kantor, J)、圖依(Twohey, M)著/游淑峰譯：性、謊言、吹哨者－紐約時報記者揭發好萊塢史上最大規模性騷擾案,引爆#MeToo運動的新聞內幕直擊(She said : breaking the sexual harassment story that helped ignite a movement)。臺北市，麥田出版；2021.
3. 簡莉穎、厭世姬：人選之人造浪者原創劇本書：附編劇、導演、製作人、演員創作思考(We are all wave makers)。新北市，大家出版；2023.
4. 臺灣高等法院高雄分院110年度侵上訴字第32號刑事判決。
5. 侯岳宏：性騷擾防治法－判決與解釋令彙

編(Sexual harassment prevention act)。臺北市，元照；2022.

6. 臺北高等行政法院109年度訴字第1484號判決（第七庭，2022年5月19日）。
7. 勞動部職業安全衛生署：「工作相關心理壓力事件引起精神疾病認定參考指引」2022年9月修訂，(https://www.osha.gov.tw/) 2025-4-10 visited。
8. 最高法院92年度台上字第1979號民事判決（給付遲延補服勞務）。
9. 臺灣新北地方法院109年度勞訴字第51號民事判決（勞動法庭，2020年10月5日）。
10. 臺灣高等法院109年度勞上字第190號民事判決（勞動法庭，2023年3月28日）。
11. 最高法院112年度台上字第1535號民事裁定（最高法院勞動法庭第一庭，2024年9月12日）。
12. 潘懿安：運用社會網絡分析社群媒體Hashtag使用(Hashtag Analysis of Facebook Fan Page Posts Using Social Network Analysis)。中原大學資訊管理學系學位論文；2023.
13. 彭秀玲：從“#MeToo”運動思考台灣性侵害與性騷擾的現狀(Rethinking #Me too about current situation of sexual assault and sexual harassment in Taiwan)。中華團體心理治療 2017；23(4)：1-3.
14. 林雅萍，李宜軒，于政民：臺灣醫界的#MeToo運動。性別平等教育季刊 2018；83期：60-64.
15. 葉怡廷：醫療職場中的性騷擾－以醫師經驗為例(Sexual Harassment in the Medical Workplace: The Experience of Medical Students and Doctors)。台灣家庭醫學雜誌 2024；34(4)：185-94.
16. 呂明蓁：多元文化的跨界教/學(Teaching gender issues in cultural diversity classroom)。臺北市，教育部；2024.
17. 呂明蓁：性少數的困境(The challenges of sexual minorities)。臺北市，教育部；2024.
18. 中央廣播電台：職場性騷擾 勞動部統計：6成申訴案成立、製造業最嚴重(2025-4-10)。 (https://www.rti.org.tw/news/view/id/2245278) 2025-4-11 visited.
19. 侯岳宏：性別工作平等之理論與實踐。臺北市，元照；2021.
20. 蕭易知，陳婉亭，葛謹：創傷後壓力症候群－臺灣臺北地方法院112年度訴字第4192號民事判決評析。台北市醫師公會會刊。2025；69(4)：19-27.

用愛包圍

家扶基金會 | 75th

愛，需要學習才會有力量！
我們一起陪伴孩子好好長大！

代言人 林心如

家扶專線 0800-07-8585

幫助孩子修復傷痛

家扶官網、LINE PAY、街口支付、Yahoo公益

用愛包圍

糖腳保衛戰—糖尿病神經病變的預防與治療選擇

馬偕紀念醫院 家庭醫學科 羅悅心 馬筱淇

前言

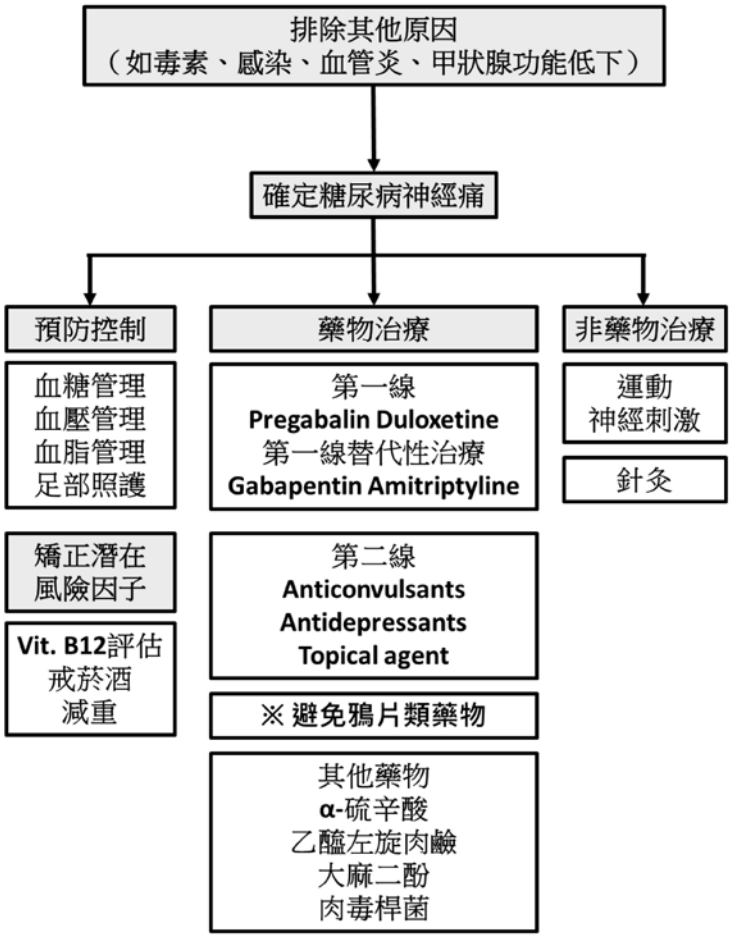
糖尿病周邊神經病變(Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN)是糖尿病最常見的併發症之一，約50%的糖尿病患者會受到影響。最常見的表現為遠端對稱性多發性神經病變(Distal Symmetric Polyneuropathy, DSPN)，呈典型的“手套與襪套”分佈(stocking-and-glove distribution)。臨床症狀可能包括疼痛、麻木、刺痛或燒灼感，嚴重者進一步可引發足部潰瘍、感染，甚至組織壞死。由於目前尚無根治方法，對於糖尿病患者，早期辨識、預防及延緩病程進展成為治療的核心目標（圖一）。

篩檢與診斷

篩檢與評估方式

根據美國糖尿病協會(American Diabetes Association, ADA)所制定的《2024年糖尿病照護標準》臨床實踐建議，所有糖尿病患者應進行DPN的篩檢（建議等級B）。第一次篩檢應在第2型糖尿病診斷時或第1型糖尿病診斷後5年進行，之後每年至少進行一次[2]。

對於DPN的評估，應包括病史評估及症狀變化（包括小纖維及大纖維受損症狀的評估）、小纖維功能測試、大纖維功能測試及保護性感覺測試（建議等級B）[2]。病史評估及症狀變化中，小纖維受損的常見早期症狀包括疼痛及感覺異常（Dysesthesia，如灼熱感或刺痛感）；而大纖維受損可能導致麻木及保護性感覺喪失，為糖尿病足潰瘍的風險因子[2]。小纖維功能測試可採用針刺及溫度感覺測試，分別用神經學檢查針或牙籤輕刺皮膚、冰冷的金屬湯匙或音叉等工具接觸皮膚，讓患者描述刺痛感及區分溫度感覺有無減弱。大纖維功能測試包括下肢反射（觀察膝反射及踝反射有無下降）、震動感覺（使用128 Hz音叉接觸骨性部位，讓患者描述震動感有無及持續時間）及



圖一 糖尿病神經病變的預防、診斷與治療

10克單絲測試（10g Monofilament Testing，用10克單絲輕壓足底特定部位，詢問患者是否能感知壓力）。保護性感覺測試以10克單絲測試為主[3]。

診斷

DPN爲排除性診斷[1,3]

在糖尿病患者中，可能同時伴隨非DPN的神經病變，且部分具可治療性。在中華民國糖尿病學會中，對於DPN的定義為糖尿病患者經排除其他會導致周邊神經病變的病因，以理學檢查或電生理檢查後，仍呈現周邊神經功能異常的徵兆和症狀，即可診斷之[3]。

維生素B12評估[1,2]

缺乏維生素B12會增加神經病變風險，導致DPN的錯誤診斷。因此，建議在以下高風險族群中 測量初始維生素B12：有吸收問題患者（如接受減重縮胃手術後）、自身免疫性疾病者、嚴格素食者、使用二甲雙胍(metformin)病人，此類型神經病變可藉由補充維生素B12改善。

治療：預防與控制

初級預防

積極血糖控制

對於第1型糖尿病，早期控制血糖效果最佳；將糖化血色素(HbA1c)維持在約7%，可將症狀性神經病變的風險降低多達60%（建議等級A）[2,4]。對於第2型糖尿病，積極血糖控制對降低神經病變風險的效果較為有限，但仍能在一定程度上減少疾病進展（建議等級C）。

根據《2024年糖尿病照護標準》，糖化血色素的建議目標值為低於7.0%，空腹血糖目標為80-130 mg/dL，餐後血糖目標為160 mg/dL以內。然而，需注意患者在快速且顯著改善血糖後，可能會出現短期疼痛增加的現象，稱為治療誘發性糖尿病神經病變(Treatment-Induced Neuropathy of Diabetes, TIND)。疼痛增加的症狀通常在血糖控制顯著改善的6至8週內出現，特別是HbA1c每月下降超過1%的情況。這種疼痛增加可能與神經的快速代謝調整有關，治療包括疼痛控制及調整血糖控制策略－逐步控制血糖，以降低相關風險[6]。

積極血壓及血脂控制（建議等級B）[1, 2]

根據《2024年糖尿病照護標準》及《2024年美國家庭醫學學會》指引，建議將收縮壓維持在140mmHg以下，將低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)維持在100 mg/dL以下[1, 5]。

矯正潛在風險因子

DPN潛在風險因子包括維生素B12缺乏、肥胖、菸酒。對於維生素B12缺乏患者，補充治療具有幫助；但對於B12水平正常者則沒有效果。因此，不應常規使用維生素B治療DPN，除非存在維生素B缺乏的情況。

次級預防

足部照護[1, 2, 3]

DPN可達一半沒有症狀，若未被發現或未執行預防性足部照護，糖尿病患者可能面臨受傷、糖尿病足潰瘍及截肢風險。因此，所有糖尿病患者皆應接受預防性足部自我照護教育，

教導如何適當檢查、照顧與清潔足部。此外，每年須至少進行一次全面性足部評估，以識別潰瘍及截肢風險因子（建議等級A）。檢查包括皮膚狀況、足部畸形、神經學評估（包括10克單絲測試，並且配合至少一項其他評估，如針刺、溫度或震動覺）、血管評估（包括腿部與足部的脈搏檢查）。

若有感覺喪失、潰瘍病史或截肢病史的病人，每次就診均需檢查足部（建議等級A）。針對高風險患者（包括透析患者、Charcot足、足部潰瘍或周邊動脈疾病患者），應轉介至足部護理專家進行專業照顧，並建議高潰瘍風險患者使用專用治療鞋。

疼痛控制[1,2]

神經性疼痛可嚴重影響患者生活品質、限制行動能力，並增加憂鬱及社交功能障礙風險。對於患有疼痛性糖尿病周邊神經病變(Painful DPN)的患者，應制定多重模式治療計畫，包括藥物以及非藥物治療。目前美國FDA已批准Duloxetine、Pregabalin、Tapentadol、Capsaicin patch，四種藥物用於Painful DPN治療；此外，還有許多其他藥物可以使用。非藥物治療包括運動和神經調節療法。治療的主要目標是減輕疼痛，因為現有治療無法逆轉已發生的神經損傷。 根據《2024年糖尿病照護標準》及《2024年美國家庭醫學學會》指引，建議以下藥物做為Painful DPN的起始藥物治療（建議等級A）：Gabapentinoids、SNRIs、TCAs、Sodium Channel Blockers。[1,2]

疼痛控制－藥物治療（表一）

一、抗癲癇藥物(Anticonvulsants)

第一線藥物：Gabapentinoids

Gabapentinoids包括Pregabalin、Gabapentin和Mirogabalin，均為鈣離子通道α2-δ亞基配體，作用於神經傳導過度活化，減輕疼痛訊號。

1. Pregabalin在高品質研究中已證實其在治療Painful DPN的有效性[1,2,8,9]。其效果具有劑量依賴性（每日劑量為300 mg時，約31%的患者疼痛減少達50%；每日劑量提高至600 mg時，約41%的患者疼痛減少達50%）[9]。與Gabapentin相比，Pregabalin在減少睡眠障礙以及整體改善評估方面表現更佳[8]。
2. Gabapentin在治療Painful DPN中，整體研究數據品質略低於Pregabalin，但療效相似。在高劑量（≥1200 mg/天）下，約有38%的患者疼痛減少達50% [10]。
3. Mirogabalin在中等品質研究中，顯示對Painful DPN的效果有限，僅輕微改善[2]。

使用Gabapentinoids建議從低劑量開始，逐步增加以減少不良反應，特別是老年患者或腎功能不全者。服用時間應安排在睡前，以降低過度鎮靜的風險。

一項回顧性研究(n = 210,064)指出，長期使用Gabapentin或Pregabalin可能增加心血管事件風險，包括肺栓塞(HR = 1.50)、周邊血管疾病(HR = 1.37)、中風(HR = 1.31)、心肌梗塞(HR = 1.25)、心臟衰竭(HR = 1.14)[7]。然而，該研究可

表一 Painful DPN的疼痛控制藥物統整表[1]

藥物名稱	起始劑量 / 天	目標劑量 / 天	50% 疼痛緩解	常見副作用
抗癲癇藥				
Pregabalin	75–150 mg	300–600 mg	NNT = 8	視力模糊、頭暈、嗜睡、口乾、疲勞、周邊水腫、體重增加
Gabapentin	300 mg	1,200–3,200 mg	NNT = 7	共濟失調、頭暈、嗜睡、疲勞、周邊水腫
Carbamazepine	200–400 mg	600–1,200 mg	NNT = 2	共濟失調、便秘、頭暈、嗜睡、噁心、嘔吐
Oxcarbazepine	300–600 mg	600–1,800 mg	NNT = 6	腹痛、共濟失調、頭暈、嗜睡、低鈉血、噁心
抗憂鬱藥				
Duloxetine	60 mg	60 mg	NNT = 5	食慾下降、頭暈、嗜睡、口乾、疲勞、頭痛、噁心
Amitriptyline	10–25 mg	50–150 mg	未評估	混亂、便秘、頭暈、口乾、疲勞、頭痛、失眠、尿液滯留、體重增加
Bupropion	150 mg	150–300 mg	未評估	視力模糊、便秘、頭暈、口乾、頭痛、失眠、噁心、嘔吐、體重減輕
Nortriptyline	10–25 mg	50–100 mg	未評估	混亂、便秘、頭暈、口乾、疲勞、頭痛、失眠、尿滯留
Venlafaxine	37.5–75 mg	150–225 mg	未評估	厭食、無力、頭暈、嗜睡、口乾、失眠、噁心
局部治療				
Capsaicin	0.075% 乳膏（每日 4 次） 8% 貼片（每三個月一次）		未評估	應用部位灼熱疼痛感、紅腫
Lidocaine	4% 乳膏（每日至多 3 次） 5% 貼片（每日至多 3 次）		未評估	應用部位灼熱疼痛感、水泡

註：
1. Number needed to treat, NNT（治療所需人數）：為了使一位患者疼痛減少50%，需要治療的患者數量。
2. 未評估：表示該藥物在相關試驗中未有足夠數據支持其療效評估。

能受到多重混雜因素影響，需進一步研究以確認長期安全性。

第二線藥物：Carbamazepine、Oxcarbazepine

屬於鈉離子通道阻斷劑，用於對一線治療無反應的患者。Carbamazepine較常引發嚴重肝毒性、血液異常（如白血球減少）及罕見但危及生命的過敏反應（如Steven-Johnson Syndrome），使用前宜考慮檢測是否帶有HLA-B 1502基因。Oxcarbazepine雖肝毒性風險較低，但更容易引起低血鈉，可能導致意識混亂或癲癇。因耐受性差、不良反應嚴重，需謹慎使用並密切監測，特別是有肝病史或高風險患者。

其他抗癲癇藥物

包括Lacosamide、Lamotrigine、Topiramate、Valproic Acid和Zonisamide。雖

曾研究其在神經病變中的應用，但未顯示足夠療效。因此，目前不建議使用[1]。

抗癲癇藥物總結

1. 一線治療：Pregabalin和Gabapentin，其中Pregabalin略占優勢。長期使用需謹慎，特別是心血管高風險患者。
2. 二線治療：一線治療無效者，可考慮Carbamazepine或Oxcarbazepine，但需密切監測並評估耐受性。
3. 其他抗癲癇藥物不建議作為常規治療選項。

二、抗憂鬱劑(Antidepressants)

1. 血清素-正腎上腺素回收抑制劑(SNRIs)

包括Duloxetine、Venlafaxine和Desvenlafaxine，透過抑制血清素和正腎上腺素再吸收，減輕疼痛訊號的傳遞。

Duloxetine在治療Painful DPN中具有良好效果，在兩項高品質及五項中品質研究中支持其療效明確[2]。2023年Cochrane研究顯示，在12週治療中，Duloxetine能使疼痛減少50%以上的風險比(RR)達1.73(95% CI, 1.44–2.08)[11]。最佳劑量為每日40-60 mg，超過此劑量（如120 mg/天）無額外效益，而每日20 mg則無效[12]。在效果比較中，與Pregabalin相比，12週研究中服用Duloxetine的患者疼痛減少50%以上的比例為38%，高於Pregabalin的26%(RR = 1.46, 95% CI, 1.19–1.80)[12]；與Amitriptyline相比，6週交叉研究顯示Duloxetine的有效率為59%，與Amitriptyline的55%相似[12]，但Duloxetine的口乾副作用顯著較少(Duloxetine 24% vs. Amitriptyline 55%)[15]。需注意的是，Duloxetine可能加重未控制的高血壓及心血管疾病，腎功能不全患者需調整劑量或避免使用。此外，老年人使用SNRIs可能出現較嚴重不良反應，建議從低劑量開始使用，並緩慢調整以減少副作用。

Venlafaxine在治療Painful DPN中，目前僅有一項高品質研究證實有效，其相關數據相對有限[2,17]。Desvenlafaxine則僅有一項中品質研究顯示其可能對Painful DPN具有輕微效果，整體證據仍不足以提供強烈支持[2]。

2. 三環類抗憂鬱劑(TCAs)

包含Amitriptyline、Nortriptyline、Imipramine。在高品質與中等品質研究中，Amitriptyline顯示在治療Painful DPN中有效，但整體證據品質不如Duloxetine[15,16]。2015年Cochrane回顧指出其研究方法存在偏差風險，但仍建議Amitriptyline作為一線治療選項[16]。在療效上，Amitriptyline的效果(55%)與Duloxetine(59%)相似[12]，但其副作用更為顯著，特別是抗膽鹼作用（例如口乾、便秘）[15]。這些不良反應在65歲以上患者中更為明顯，需特別注意使用安全性。

相比之下，Nortriptyline和Imipramine在治療Painful DPN中，研究的證據力皆不高且目前療效不明確，應謹慎使用[19,20]。

3. 其他抗憂鬱藥物

Bupropion目前僅有一項低品質6週研究顯

示可能改善疼痛，證據不足[21]。Milnacipran亦證據品質薄弱、療效有限，僅適用於對其他治療無效的患者[18]。

抗憂鬱藥總結

1. 一線治療：Duloxetine為最具證據支持的SNRIs，可作為Painful DPN的首選藥物，特別適合合併憂鬱或睡眠障礙的患者。Amitriptyline雖療效相近，但副作用更為顯著，適合較年輕或對抗膽鹼作用耐受較好的患者。
2. 二線治療：Venlafaxine、Desvenlafaxine和其他抗抑鬱藥（如Nortriptyline和Bupropion）因證據力不高，應保留為對一線治療無效或不耐受的患者使用。
3. 老年患者及合併心血管或肝腎功能障礙者需密切監測並調整劑量。

三、局部用藥(Topical Medications)

適合不能使用口服藥物或偏好局部治療的患者，需注意不可塗抹於破損皮膚。用藥包含Capsaicin或Lidocaine的乳膏及貼片等選擇。

1.Capsaicin（辣椒素，分爲貼片或乳膏兩種劑型)

8%辣椒素貼片(Qutenza)：每三個月使用一次於疼痛部位。一項高品質試驗(n = 468)顯示，與一般標準照護相比，約一成患者在8-12週內疼痛有顯著改善[22]；已獲美國FDA批准治療Painful DPN，然而台灣目前尚未引進FDA核准之貼片劑型。

0.075%辣椒素乳膏：每天使用4次。一項中等品質證據顯示其療效較弱[1,2]。雖效果有限，但價格較低廉。

2. Lidocaine貼片或乳膏

一項中等品質研究(n = 204)比較Lidocaine 5%貼片與Pregabalin對Painful DPN患者的療效，發現兩者達到至少50%疼痛緩解的比例相近(40.4% vs. 37.2%)[23]。

四、鴉片類藥物(Opioids)[1,2]

2013年Cochrane回顧分析了14項研究(n = 845)[24]，顯示接受鴉片類藥物治療的患者中，57%疼痛有所改善，相比安慰劑者僅34%。然而，多數研究存在高機率的研究誤差、證據品質低。一項針對Tramadol為期12週的雙盲隨機試驗中，35%的患者疼痛減少50%(P < 0.01)[25,26]。根據此研究，FDA進而批准緩釋型Tapentadol（品牌名：Nucynta Extended-Release）治療Painful DPN。長期使用

風險包括成癮、呼吸抑制、耐受性下降、痛覺過敏(Hyperalgesia)，長期使用可能反而導致疼痛敏感度增加。基於上述考量，美國神經科學會(AAN)及美國糖尿病協會(ADA)等多項指南明確建議避免使用鴉片類藥物（包括Tramadol和Tapentadol）作為Painful DPN的治療選擇（證據等級：C）[1,2]。

鴉片類藥物總結

鴉片類藥物雖在短期內可緩解疼痛、FDA批准亦緩釋型Tapentadol作為治療選擇，但因潛在成癮風險和其他嚴重不良反應，在多項指南已明確建議避免使用鴉片類藥物。

五、其他藥物

1. α-Lipoic Acid（α-硫辛酸）

α-硫辛酸作為抗氧化劑，可能藉由減少氧化反應來改善神經功能。根據2022年的系統性回顧，包含8項研究(n = 1,500)顯示其療效結果不一，口服形式益處較少，對於改善疼痛的效果有限；而靜脈注射的效果較為一致[27]，但仍需進一步的高品質研究支持。此藥具有良好的耐受性和相對安全性、副作用少，雖尚未被批准用於治療Painful DPN，但可作為潛在治療選擇。

2. Acetyl-L-Carnitine（乙酰左旋肉鹼）

2019年Cochrane回顧分析4項研究(n = 907)顯示，現有證據不足以支持其減少DPN疼痛的效果[28]。

3. Onabotulinum toxin A（肉毒桿菌毒素A，品牌名：Botox）

初步研究[1,29]顯示可能對神經病變疼痛有效，但需更多高品質證據支持。

4. Cannabidiol（大麻二酚）

初步研究[1,29]顯示可能具有益處，但同樣缺乏高品質研究證據。

其他藥物總結

1. α-硫辛酸可作為Painful DPN的輔助治療，尤其是對於不耐受其他治療的患者。若考慮使用，口服益處有限，靜脈給藥較為有效。
2. 其他新興療法包括乙酰左旋肉鹼、肉毒桿菌毒素、大麻二酚，目前仍需更多高品質研究來確定其療效。

疼痛控制－非藥物治療[1, 2]

運動

運動可改善DPN患者的疼痛和功能；有氧運動、阻力運動及平衡運動均顯示益處[30]。

神經調節技術(Neuromodulatory Strategies)

一、脊髓電刺激(Spinal Cord Stimulation)

僅有病例對照研究顯示潛在益處。然而，高成本及手術相關併發症、不良反應風險可能限制其臨床應用[31]。

二、經皮電神經刺激(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS)

中等品質的前瞻性試驗顯示，相較於電磁神經刺激，TENS的效果適中且無嚴重不良反應[32]。安全性高且成本低，因此相較其他神經調節技術更為理想。

三、針灸(Acupuncture)

現有研究主要評估針灸對神經傳導速度的影響[33]，但缺乏以患者為中心的臨床相關結果（疼痛緩解、功能改善）研究。

參考文獻

1. Bragg S, Tucker Marrison S, Haley S: Diabetic Peripheral Neuropathy: Prevention and Treatment. Am Fam Physician 2024; 109(3): 226-32.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee: 12. Retinopathy, neuropathy, and foot care: standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care 2024;

47(Suppl 1): S231-43.

3. 社團法人中華民國糖尿病學會：糖尿病臨床照護指引2018：第一章－糖尿病周邊神經病變概論(P5)、第三章－篩檢與診斷。
4. Nathan DM, Genuth S, Lachin J, et al: Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329(14): 977-86.
5. Bashir M, Elhadd T, Dabbous Z, et al: Optimal glycaemic and blood pressure but not lipid targets are related to a lower prevalence of diabetic microvascular complications. Diabetes Metab Syndr 2021; 15(5): 102241.
6. Gibbons CH, Freeman R: Treatment-induced neuropathy of diabetes: an acute, iatrogenic complication of diabetes. Brain 2015; 138(pt 1): 43-52.
7. Pan Y, Davis PB, Kaebler DC, et al: Cardiovascular risk of gabapentin and pregabalin in patients with diabetic neuropathy. Cardiovasc Diabetol 2022; 21(1): 170.
8. Arvinth A, Suganya E: Comparison of efficacy of gabapentin versus pregabalin in patients of painful diabetic peripheral neuropathy—a randomized, open label, and parallel group study. Natl J Physiol Pharm Pharmacol 2022; 12(11): 1901-06.
9. Derry S, Bell RF, Straube S, et al: Pregabalin for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2019; 1(1): CD007076.
10. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al: Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 6(6): CD007938.
11. Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, et al: Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2023; 5(5): CD014682.
12. Lunn MPT, Hughes RAC, Wiffen PJ: Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2014(1): CD007115.
13. Kaur H, Hota D, Bhansali A, et al: A comparative evaluation of amitriptyline and duloxetine in painful diabetic neuropathy: a randomized, double-blind, cross-over clinical trial. Diabetes Care 2011; 34(4): 818-22.
14. Moore RA, Derry S, Aldington D, et al: Amitriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; (7): CD008242.
15. Kaur H, Hota D, Bhansali A, et al: A comparative evaluation of amitriptyline and

duloxetine in painful diabetic neuropathy: a randomized, double-blind, cross-over clinical trial. Diabetes Care 2011; 34(4): 818-22.

16. Moore RA, Derry S, Aldington D, et al: Amitriptyline for neuropathic painin adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2015(7): CD008242
17. Gallagher HC, Gallagher RM, Butler M, et al: Venlafaxine for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2015(8): CD011091.
18. Derry S, Phillips T, Moore RA, et al: Milnacipran for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2015(7): CD011789.
19. Derry S, Wiffen PJ, Aldington D, et al: Nortriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; 1(1): CD011209.
20. Hearn L, Derry S, Phillips T, et al: Imipramine for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2014(5): CD010769.
21. Semenchuk MR, Sherman S, Davis B. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain. Neurology 2001; 57(9): 1583-8.
22. Derry S, Rice AS, Cole P, et al: Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 1(1): CD007393.
23. Baron R, Mayoral V, Leijon G, et al: 5% lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy: an open-label, non-inferiority two-stage RCT study. Curr Med Res Opin 2009; 25(7): 1663-76.
24. McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E: Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev 2013; 2013(8): CD006146.
25. Duehmke RM, Derry S, Wiffen PJ, et al: Tramadol for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 6(6): CD003726.
26. Hagedorn JM, Engle AM, George TK, et al: An overview of painful diabetic peripheral neuropathy: diagnosis and treatment advancements. Diabetes Res Clin Pract 2022; 188: 109928.
27. Abubaker SA, Alonazy AM, Abdulrahman A: Effect of alpha-lipoic acid in the treatment of diabetic neuropathy: a systematic review. Cureus 2022; 14(6): e25750
28. Rolim LC, da Silva EM, Flumignan RL, et al: Acetyl-L-carnitine for the treatment of diabetic peripheral neuropathy. Cochrane Database Syst Rev 2019; 6(6): CD011265.
29. Mu A, Weinberg E, Moulin DE, et al:

Pharmacologic management of chronic neuropathic pain: review of the Canadian Pain Society consensus statement. Can Fam Physician 2017; 63(11): 844-52.

30. Hernández-Secorún M, Vidal-Peracho C, Márquez-Gonzalvo S, et al: Exercise and manual therapy for diabetic peripheral neuropathy: a systematic review. Appl Sci 2021; 11(12): 5665.
31. Enders J, Elliott D, Wright DE: Emerging nonpharmacologic interventions to treat diabetic peripheral neuropathy. Antioxid Redox Signal 2023; 38(13-15): 989-1000.
32. Zeng H, Pacheco-Barrios K, Cao Y, et al: Non-invasive neuromodulation effects on painful diabetic peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2020; 10(1): 19184.
33. Yu B, Li M, Huang H, et al: Acupuncture treatment of diabetic peripheral neuropathy: an overview of systematic reviews. J Clin Pharm Ther 2021; 46(3): 585-98.

學術專論

癌因性疲憊的評估與治療

[1]臺北榮民總醫院家庭醫學部 [2]國立陽明交通大學醫學院醫學系家庭醫學科
鄭晴安[1] 張曉婷[1,2*] 林明慧[1,2]

前言

疲憊(fatigue)是一種主觀的描述，包含身體的虛弱(weakness)或心理認知層面的疲累(tiredness)及精疲力盡(exhaustion)。每個人都會感到疲憊，疲憊是普遍的症狀，在健康族群中佔的比例約為28%[1]，多數為輕到中等程度的疲憊，較少影響日常生活功能，可以透過充足的休息或睡眠而得到緩解。而癌因性疲憊(cancer-related fatigue, CRF)在美國國家綜合癌症網絡(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)2025年第一版之指引中的定義為跟腫瘤或癌症治療相關的疲憊[2]，通常伴隨其他症狀，像是疼痛、睡眠障礙、憂鬱等，疲憊嚴重程度與體力及活動不成比例，無法透過休息或睡眠完全緩解，並且影響患者的日常活動和生活品質，在臨床照護上是一個需重視的照護議題。

機轉

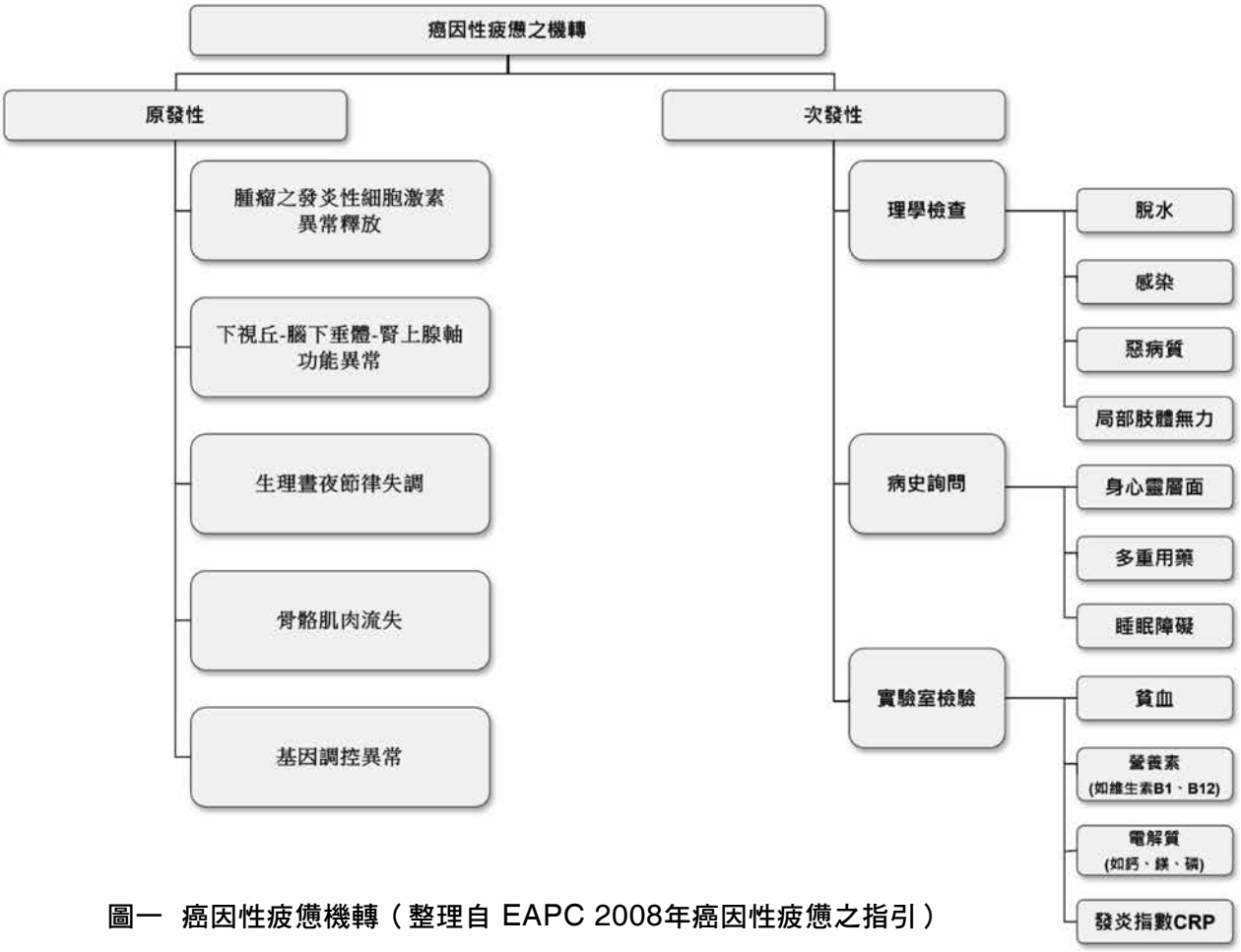
癌因性疲憊的機轉複雜，根據歐洲安寧緩和照護協會(European Association for Palliative Care, EAPC)2008年之指引可分為原發性癌因性疲憊及次發性癌因性疲憊[3]（圖一）。原發性癌因性疲憊強調疲憊來自於腫瘤本身，包含腫瘤的發炎性細胞激素(proinflammatory cytokines)及腫瘤造成的下視丘-腦下垂體-腎上腺軸(HPA axis)功能失調、生理晝夜節律不同步、骨骼肌肉流失，以及基因調控異常。舉例來說，一般人皮質醇(cortisol)的濃度有晝夜節律，早上為最高峰，到晚上逐漸降低，而癌症病人的皮質醇濃度在晝夜之間的變化較小，且面臨壓力後皮質醇的上升幅度也較低[4]。次發性癌因性疲憊則來自癌症的併發症，包含貧血、惡病質(cachexia)、感染、發燒、藥物或內分泌代謝異常等。因此在評估癌因性疲憊時需如同評估不明熱(fever of unknown origin, FUO)一樣，系統性全面納入各種鑑別診斷[5]。

盛行率

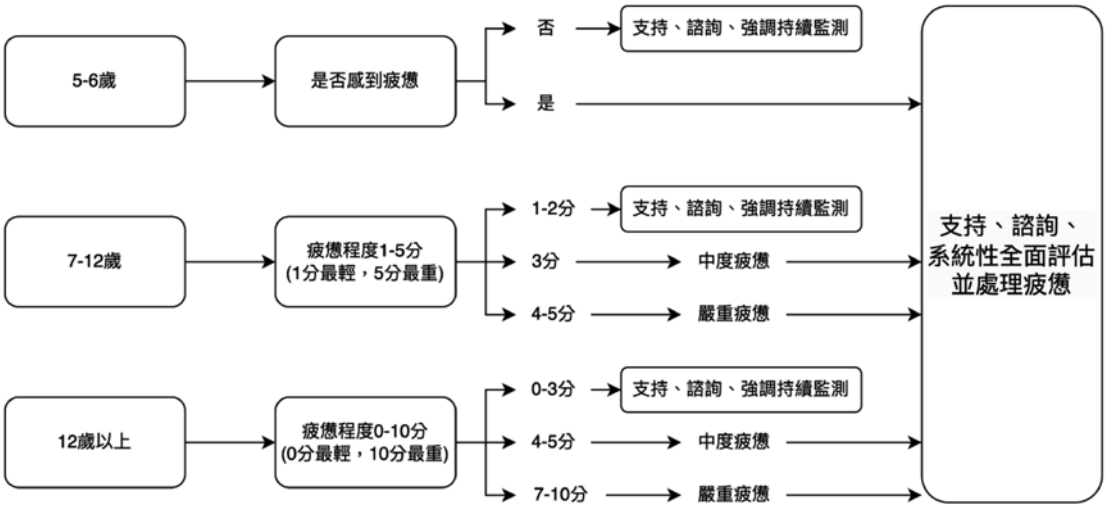
癌因性疲憊非常普遍，一篇大型收納71568位病人的系統性回顧研究指出，疲憊在癌症病人的盛行率為49%，其中亞洲族群有高達55.7%的盛行率[6]。且收納的癌症種類當中，盛行率最高的是消化系統的癌症(50%)，再來依序乳癌(48.9%)、淋巴癌(43.3%)、攝護腺癌(26.3%)、婦科癌症(26.2%)，但不同研究之間的異質性很大。在過去，癌因性疲憊的重要性容易被忽視，醫護團隊傾向於先處理疼痛或是呼吸喘等外顯症狀。但許多新診斷癌症的年輕病人反而認為疲憊是最困擾他們的症狀，也最不容易被解決，僅50%的病人會主動向醫護團隊提及疲憊[7]。

評估

在NCCN 2025年第一版之指引中，由於兒童較無法了解疲憊這種抽象概念，針對癌因性疲憊的評估首先依照年齡區分成三大類族群：5-6歲、7-12歲及大於12歲（圖二）。若是5-6歲的孩童，評估疲憊時僅須詢問是非題（如：你會不會累？）；若是7-12歲的兒童則可以1-5分的疲憊分數來請患者評分，分數越大代表越疲憊，大於等於3分再進一步評估；針對大於12歲的青少年及成人可採用0-10的量表，



圖一　癌因性疲憊機轉（整理自 EAPC 2008年癌因性疲憊之指引）



圖二　癌因性疲憊評估流程（整理自 NCCN 2025年第一版之指引）

大於等於4分則屬於中重度疲憊，需進一步評估目前腫瘤的狀態（包含治療的反應及預期存活期），進行完整的病史詢問，處理可逆轉的疲憊成因，像是貧血、電解質不平衡、營養缺乏、疼痛、感染、失眠等，之後考量採取針對癌因性疲憊的藥物及非藥物治療。

藥物治療

癌因性疲憊的藥物治療包含精神興奮劑（如Methylphenidate和Modafinil）、類固醇、黃耆多醣注射劑及其他營養補充品。目前關於藥物治療的研究由於無法完全排除安慰劑效應(placebo effect)，因此仍有分歧。一篇2020年收納3758位病人的系統性文獻回顧指出，有26%的病人經過安慰劑治療後覺得疲憊有顯著減輕[8]，因此在判讀臨床試驗結果時須將安慰劑效應納入考量，以排除病人與施測者的誤差。

精神興奮劑

有系統性文獻回顧指出精神興奮劑能中等程度地顯著改善疲憊，尤其methylphenidate跟安慰劑比較起來更有統計上的顯著成效[9]。針對日常體能較好，且已經完成癌症化學治療的病人，相對高劑量的methylphenidate（平均27.7毫克/天，範圍10-70毫克/天）在八週療程中的第四週有最顯著的成效，而methylphenidate最常見的副作用為口乾、頭痛、噁心及煩躁不安[10]。針對晚期癌症的病人，給予10毫克的methylphenidate在兩小時及五小時便能比安慰劑顯著改善疲憊[11]。然而不少研究結果差異性大，且methylphenidate的劑量及療程無統一標準。2024年一篇刊登在Journal of Clinical Oncology的多中心隨機分派試驗，比較methylphenidate及安慰劑在末期中重度疲憊的癌症病人治療成效[12]，此篇研究結論為methylphenidate相較安慰劑並無顯著改善疲憊，但死亡率及副作用也並未顯著比安慰劑增加。雖然需要更多研究證明療效，Methylphenidate仍是安全且耐受度高的藥物，目前NCCN 2025年第一版指引中有將其列入。至於其他精神興奮劑像是治療發作性嗜睡症的modafinil，有一篇系統性文獻回顧顯示其相較安慰劑並無顯著好處[13]，另一篇研究顯示每天200毫克的modafinil在接受化學治療的嚴重癌因性疲憊病人能改善症狀，但在中度或輕度疲憊的病人則沒有觀察到好處[14]。因而modafinil的證據力相較methylphenidate顯得更加不足。

類固醇

NCCN 2025年第一版之指引建議類固醇僅在末期病人短期使用。有證據顯示短期使用prednisolone或dexamethasone，能改善癌因性疲憊。劑量及療程方面，每天口服兩次4豪克的dexamethasone持續兩週，能顯著較安慰劑改善疲憊及生活品質，且副作用並無增加[15]。在使用嗎啡類藥物的嚴重疼痛病人當中，使用口服methylprednisolone 32毫克/天，持續七天，能改善疲憊及增加食慾且無增加副作用[16]。至於口服的合成類固醇類似物megestrol，其有類黃體素機轉，可以改善惡病質但無法有效改善疲憊[17]。

黃耆多醣注射劑

雖然在NCCN 2025年第一版之指引並未提到黃耆多醣注射劑(Astragalus membranaceus polysaccharides injection)，但在台灣癌症安寧緩和醫學會於2017年發布的癌因性疲憊症臨床治療指引中，高度建議(Level IA, Grade A)採用黃耆多醣注射劑治療中重度癌因性疲憊[18]。研究顯示於化療過程中連續七天併用每天250mg的黃耆多醣注射劑能顯著改善疲憊。若給予四到八週500mg/天的黃耆多醣注射劑，對病人疲憊也有正面效果，副作用僅有輕微皮疹或搔癢反應[19]。然而黃耆多醣注射劑目前健保不給付，藥品自費價一劑500mg/vial約新台幣一萬二千元，所費不貲。

營養補充品

民眾常會詢問有什麼食補療法能改善癌因性疲憊，其中最著名的營養補充品便是人蔘。人蔘可粗略分為西洋蔘(American Ginseng)、高麗蔘(Panax Ginseng)、及其他蔘類（諸如中國黨蔘及日本東洋蔘等）。研究指出使用2000毫克的西洋蔘在第八週時能顯著改善疲憊，尤其是當下還在同時進行癌症治療的病人，另外若是服用高麗蔘萃取物400-800毫克/天持續四週也能有顯著療效[20]，則是其他像是Coenzyme Q、巴西瓜拿納果實(guarana)或L-carnitinine則缺乏證據[21]。

非藥物治療

癌因性疲憊的非藥物治療主要包括運動、心理治療及其他輔助療法，像是按摩、針灸、光照療法(bright white light therapy)等。

運動

運動被廣泛證實是減輕癌因性疲憊最有效的非藥物方法之一(category 1)，包括有氧運動、阻力訓練、以及瑜珈等。系統性文獻回顧顯示，提升身體活動度、透過運動方案進行體能訓練，對正在積極進行癌症治療的當下或完成癌症治療的患者均能顯著降低疲憊並改善生活品質[22]。依據NCCN 2025年第一版之指引，在各項運動種類中，瑜珈特別適合應用在正在進行癌症化療或放療的族群(category 1)，一週做兩次的瑜珈可以在六週後改善睡眠及疲憊。

心理社會治療

心理社會治療包含認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)、正念減壓療法(Mindfulness-based stress reduction)、表達性支持療法(Supportive expressive therapies)，尤其對長期疲憊的患者效果顯著。這些方法通常結合放鬆訓練和應對技巧[23]。

以上治療策略常採取多模式結合方式，且需要成員跨團隊轉介與合作，根據患者的臨床狀態和需求量身定制，達到以病人為中心的身心靈社會照顧。這些方法不僅有助於緩解疲憊，還能改善患者的整體生活品質。

結語

癌因性疲憊是癌症患者常見且具挑戰性的症狀之一，對病人的生理、心理及社會功能產生深遠影響。首先，醫護團隊需了解癌因性疲憊的可能機轉，透過系統化的評估，如基於年齡分層的疲憊量表以及篩檢流程的標準化，制定個別化的治療計劃。在治療方面，除了藥物

能有效改善部分患者的症狀外，非藥物療法如運動訓練、心理支持亦扮演重要角色。同時，醫療人員應注重長期追蹤疲憊，進一步達成癌症患者的全人照顧。

參考文獻

1. David A , Pelosi A, McDonald E, et al: Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general practice attenders. BMJ 1990; 301: 1199–202.
2. National Comprehensive Cancer Network. (2024). Cancer-related fatigue (version 1.2025). Retrieved on 2024/11/25 from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
3. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al: Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC). Fatigue in palliative care patients --an EAPC approach. Palliat Med 2008; 22(1): 13-32.
4. Bower JE, Ganz PA, Aziz N: Altered cortisol response to psychologic stress in breast cancer survivors with persistent fatigue. Psychosom Med 2005; 67: 277–80.
5. Applebaum AJ, Kent EE, Ellington L, et al: Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Caring for Family Caregivers. J Palliat Med 2024; 27(7): 930-8.
6. Maqbali MA, Sinani MA, Naamani ZA, et al: Prevalence of fatigue in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 2021; 61: 167-89 e14.
7. Chapman EJ, Martino ED, Edwards Z, et al: Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. Palliat Med 2022; 36(1): 7-14.
8. Junior PNA, Barreto CMN, Daniel IGC, et al: The efficacy of placebo for the treatment of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer 2020; 28: 1755-64.
9. Belloni S, Arrigoni C, Rita S, et al: A systematic review of systematic reviews and pooled meta-analysis on pharmacological interventions to improve cancer-related fatigue. Crit Rev Oncol Hematol 2021; 166: 103373.
10. Lower EE, Fleishman S, Cooper A, et al: Efficacy of dexmethylphenidate for the treatment of fatigue after cancer chemotherapy: A randomized clinical trial. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 650-62.
11. Pedersen L, Lund L, Petersen MA, et al: Methylphenidate as needed for fatigue in patients with advanced cancer. A prospective, double-blind, and placebo-controlled study. J Pain Symptom Manage 2020; 60: 992-1002.
12. Stone PC, Minton O, Richardson A, et al: Methylphenidate Versus Placebo for Treating Fatigue in Patients With Advanced Cancer: Randomized, Double-Blind, Multicenter, Placebo-Controlled Trial. J Clin Oncol 2024; 10;42(20): 2382-92.

13. D Qu, Z Zhang, X Yu, et al: Psychotropic drugs for the management of cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer Care (Engl) 2016; 25: 970-9.
14. Pascal JP, Gary RM, Joseph AR, et al: A phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial of the effect of modafinil on cancer-related fatigue among 631 patients receiving chemotherapy: a University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program Research base study. Cancer 2010; 116: 3513-20.
15. Yennurajalingam S, Susan FH, Palmer JL, et al: Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2013; 31: 3076-82.
16. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, et al: Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. J Clin Oncol 2014; 32: 3221-8.
17. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al: A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue. J Natl Cancer Inst 2008; 100: 1155-66.
18. 台灣癌症安寧緩和醫學會。癌因性疲憊症之臨床治療指引第一版第二刷手冊 2017。2024年11月20日取自https://www.wecare.org.tw/wp-content/uploads/2017/11/Cancer-Fatigue-%E7%AC%AC%E4%BA%8C%E5%88%B7%E6%89%8B%E5%86%8A.pdf
19. Li Guo, SP Bai, Ling Zhao, et al: Astragalus polysaccharide injection integrated with vinorelbine and cisplatin for patients with advanced non-small cell lung cancer: effects on quality of life and survival. Med Oncol 2012; 29: 1656-62.
20. Mehdi S, Sepiden R, Zendendel M, et al: Ginseng and Cancer-Related Fatigue: A Systematic Review of Clinical Trials. Nutr Cancer 2021; 73(8): 1270-81.
21. Heather G, Melissa JDR, Lynda B, et al: Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA Cancer J Clin 2017; 67: 194-232.
22. Silvia B, Cristina A, Rosario C: Effects from physical exercise on reduced cancer-related fatigue: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. Acta Oncol 2021; 60: 1678-87.
23. Paul BJ, Kristine AD, Susan TV: Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. Health Psychol 2007; 26: 660-7.

學術專論

淺談巴金森氏症

臺大醫院家庭醫學部 林愷容 程劭儀

前言

巴金森氏症(Parkinson's Disease)近期在民眾耳中不再陌生，當影星、運動選手、音樂家得病上新聞後更是引起年長者在出現手抖症狀時擔心是否罹病而恐慌。它是全球第二常見的神經退化性疾病，只次於阿茲海默氏病。隨著未來老年人口比例上升，全球巴金森氏症的經濟及照顧人力負擔將在幾十年上升。1817年一位英國醫師詹姆斯．巴金森(James Parkinson)發表一篇醫學論文《論震顫性麻痺》(An Essay on the Shaking Palsy)[1]，首次詳述了巴金森病的相關症狀；1868年至1881年間，讓-馬丁·沙爾科(Jean-Martin Charcot)對巴金森氏症進行詳細的研究，命名此病，巴金森氏症[2]。此疾病發病源於腦內多巴胺神經凋亡，典型臨床表徵包括動作症狀（如靜止性震顫、肢體僵硬、動作遲緩、步態不穩）和非動作症狀（如便祕、焦慮、快速動眼、睡眠時期不自主運動與認知功能衰退等等）。在這兩世紀期間研究不斷進展，雖然未發現能治癒或減緩此疾病的藥物，目前有有效的藥物能改善疾病症狀以提升生活品質。

流行病學

巴金森氏症的發病率隨著年齡的增長而增加，發生率在65歲或以上的群體中約為每10萬人中有108至212例，盛行率約1-2%，男與女的比例約為2:1。種族間，巴金森氏症的發病率在白人中高於黑人或亞洲人。該疾病的盛行率在年齡大於等於45歲每10萬人中約有572例。經過年齡和性別校正後的死亡率約為60%，高於一般人口的死亡率[3]。

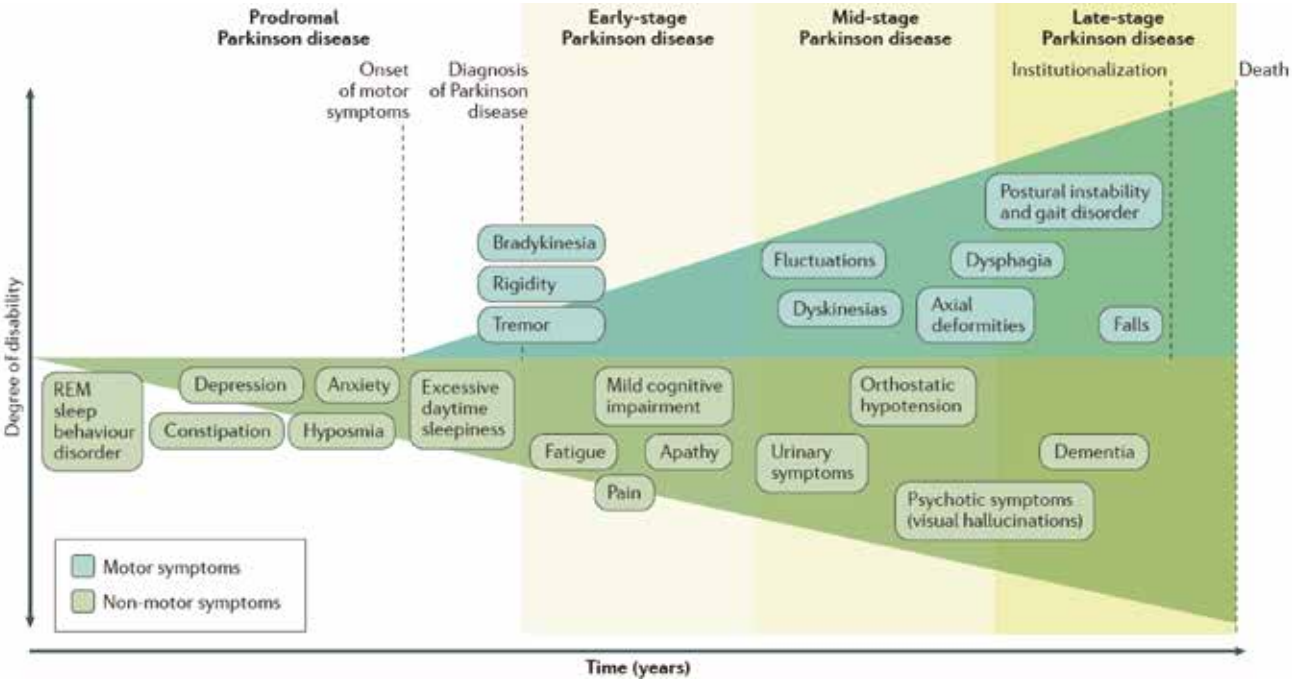
病理生理學/機轉

巴金森氏症的特徵性病變包括黑質多巴胺神經元的喪失，以及廣泛的細胞內蛋白質（α-突觸核蛋白[α-synuclein]）積累。儘管黑質中多巴胺神經元的喪失以及神經元中α-突觸核蛋白的沉積並不是巴金森氏症的專一性特徵，但當這兩種主要的神經病理變化同時出現時，則對於確診自發性巴金森氏症具有特異性。α-突觸核蛋白的異常摺疊堆積會形成路易氏體，在巴金森氏症疾病的進展中路易氏體的沉積位置最初出現在膽鹼(cholinergic)和單胺(monoaminergic)的腦幹神經元，以及嗅覺(olfactory)系統中的神經元，但隨著疾病進展，也會出現在邊緣系統(limbic system)和新皮質(neocortical system)的腦區[4]。

其他可能導致巴金森氏症的危險因子包括年紀、環境毒物暴露、和基因。其中遺傳性巴金森氏症雖然只佔5-20%所有巴金森病患的比例，但他們提供了致病機轉的線索，這些相關基因多與α-突觸核蛋白的平衡、粒線體功能失調(mitochondrial dysfunction)、氧化壓力、鈣平衡、神經軸突運輸(axonal transport)、神經發炎、免疫、自噬作用(autophagy)、溶酶體(lysosome)相關等[5]。

症狀

巴金森氏症是一種多系統神經疾病，症狀包含動作症狀以及非動作症狀。巴金森氏症運動症狀仍然是診斷的基石，以靜止性震顫、肢體僵硬、動作遲緩、步態不穩為主，且步態



圖一　巴金森氏症臨床症狀表現進程[4]

不穩往往最晚出現。往往在運動性症狀出現之前的多年就已經出現非運動性症狀—尤其是嗅覺喪失和快速眼動(REM)睡眠行為障礙，後者特徵是REM睡眠期間正常的肌肉無力消失，並伴隨模擬跑步或揮舞的四肢運動，這些症狀被稱作前驅症狀。其他非運動性症狀包括睡眠障礙、認知障礙、情緒和情感改變、自主神經功能異常（如便秘、泌尿生殖系統障礙和直立性低血壓）以及感覺性症狀（如嗅覺喪失和疼痛）。隨罹病病程越久，記憶功能減退、認知功能下降這些症狀將越來越嚴重，家屬照顧負擔也逐漸加劇（圖一）。

診斷

巴金森氏症是以臨床症狀做診斷，無法以影像或抽血診斷，影像或抽血是用來排除可能的其他疾病。總共有兩個步驟，第一步先定義出巴金森症候群(Parkinsonism)，第二步將診斷的巴金森症候群歸因給巴金森氏症。

1. 第一步：巴金森氏症候群的診斷必須有動作遲緩（bradykinesia，動作慢而不流暢斷斷續續），除了動作遲緩必須有以下兩症狀至少一項：不動時的肢體顫抖（rest tremor，肢體移動時顫抖會變小）、肢體僵硬（rigidity，與速度無關的肢體被動移動時的阻力[lead-pipe resistance]）。
2. 第二步：

2.1 診斷臨床確診的帕金森氏症(Clinically Established PD)

必須以下三項事情都符合：

2.1.1無絕對排除標準(Absence of absolute exclusion criteria)：這些標準包括臨床或影像學證據顯示其他可能的巴金森症候群診斷，例如非典型巴金森症(atypical parkinsonism)、藥物引起的巴金森症候群(drug-induced parkinsonism)或原發性顫抖症(essential tremor)。

2.1.2兩項或更多的支持性標準(At least two supportive criteria)：這些標準包括症狀對左旋多巴(l-DOPA)反應性、經典的休息時顫抖、左旋多巴引起的異動症(dyskinesia)、嗅覺喪失或心臟交感神經去神經化（在美托碘苯基胍閃爍影像檢查metaiodobenzylguanidine [MIBG] scintigraphy中顯示）。

2.1.3無警示信號(No red flags)

2.2 診斷臨床可能的帕金森氏症(Clinically Probable PD)

2.2.1無絕對排除標準(Absence of absolute exclusion criteria)

2.2.2存在的警示信號，但可被支持性標準所抵消(Presence of red flags counterbalanced by supportive criteria)

- 如果出現 1 個警示信號，則必須至少有 1 個支持性標準。(If 1 red flag is present, there must also be at least 1 supportive criterion)
- 如果出現 2 個警示信號，則必須至少有 2 個支持性標準。(If 2 red flags, at least 2 supportive criteria are needed)
- 此類別中最多只允許 2 個警示信號。(No more than 2 red flags are allowed for this category)[6]。

輔助診斷的工具包括：dopamine transporter scan (DaTscan) =3I-ioflupane single-photon emission CT (SPECT)]（沒發現多巴胺異常不能排除巴金森氏症尤其在疾病早期，有多巴胺缺乏常可支持巴金森氏症及某些巴金森症候群的診斷(Progressive Supranuclear Palsy, Multiple System Atrophy, Corticobasal Syndrome)）。腦部核磁共振(MRI)檢查能看某些巴金森症候群的典型特徵以做疾病排除（例如: progressive supranuclear palsy and multiple-system atrophy）[3]。

診斷巴金森氏症後，為**評估疾病階段跟疾病進展速度**，醫師多會依照MDS Unified Parkinson's Disease Rating Scale（MDS-UPDRS，總共50題題目詢問包含動作及非動作症狀）或侯葉指標（Hoehn 和 Yahr Staging of Parkinson's Disease）做疾病等級紀錄。這些等級代表巴金森氏症的進展，和致病的期間長短沒有一定的關係。

- Hoehn 和 Yahr等級

第 0期 — 沒有症狀

第 1期 — 單側之症狀

第 1.5期 — 單側及軀體之症狀

第 2期 — 兩側之症狀、姿勢平穩度正常

第 2.5期 — 輕微之兩側症狀，姿勢測試時可自行復原

第 3期 — 輕微至中度之兩側症狀，姿勢稍微不平衡，不需他人協助

第 4期 — 重度殘障，但走路和站立仍不需幫助

第 5期 — 若沒有人幫助，將完全依靠輪椅或終日臥床

調養好的話，有些患者幾十年一直是第二期或第三期；如果不注意保養，不按時服藥或運動，也有患者很快就進入第五期[7]。

治療

1. 生活形態：任何階段的巴金森氏症患者都建議規律運動、健康飲食、高品質睡眠以及避免接觸有害的暴露因素如殺蟲劑、除草劑等，與降低死亡率有關。
2. 藥物治療：儘管經過科學家不懈地找尋藥物，仍然沒有任何藥物療法能減緩巴金森氏症的進程，找到的保護效果都與減少症狀相關。另一個可能藥物研究失敗的原因是無法早期診斷，等動作症狀出現診斷時，即使在疾病的早期階段病患常常已達75%的黑質多巴胺細胞凋亡。

目前症狀用藥，對於動作症狀有控制與延緩運動併發症的效益的藥物: 單胺氧化酶抑制劑(MAOBi)、左旋多巴(Levodopa)、多巴胺促效劑(Dopamine agonist)、乙醯膽鹼藥物(anticholinergic agents)、金剛胺（amantadine，一款NMDA受體拮抗劑）[8]。神經內科醫師努力達到的平衡便是在早期階段的治療中，改善患者的運動功能、提升生活品質，延緩運動併發症的提早出現，盡量讓其能夠過上類似正常生活的方式。而在後期的治療中，盡量使患者在日常生活中能夠維持藥效（有電）的狀態，減少無藥效（斷電）的狀態[9]。

3.深腦電刺激術(Deep Brain Stimulation, DBS)：一種手術植入電極來刺激大腦深部特定區域以改善運動症狀。

結語

巴金森氏症於老人人口為一常見神經退化性疾病，雖然目前仍無治癒性療法，但靠基層醫師及神經專科醫師的合作，能盡早找出病人，轉介，藉由藥物改善其運動及非運動症狀，以期待他們擁有更加的生活品質。

參考文獻

1. James P: An essay on the shaking Palsy. J Neuropsychiatry 2002; 14(2): 223–36. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14.2.223
2. CG Goetz: The history of Parkinson's Disease: early clinical descriptions and neurological therapies. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine 2011; 1(1): a008862. https://doi.org/10.1101/cshperspect.a008862
3. CM Tanner, JL Ostrem: Parkinson's Disease. N Engl J Med 2024; 391(5): 442-52. https://doi.org/10.1056/nejmra2401857
4. Poewe W, Seppi K, Tanner CM, et al:

Parkinson disease. Nat Rev Dis Primers 2017; 3(1): 17013. https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.13

5. KJ Lin, KL Lin, SD Chen, at al: The overcrowded crossroads: mitochondria, Alpha-Synuclein, and the Endo-Lysosomal system interaction in Parkinson's disease. Int J Mol Sci 2019; 20(21): 5312.
6. Postuma RB, Daniela B, Matthew S, et al: MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Mov Disord 2015; 30(12): 1591-601.
7. 臺大醫院神經部：巴金森症的期別。臺大醫院神經部，巴金森之友園地。https://www.ntuh.gov.tw/neur/Fpage.action?fid=4152
8. Treatment Guideline Subcommittee of Taiwan Movement Disorder Society: Evidence-Based Taiwan Consensus Recommendations for the treatment of Parkinson's disease. Acta Neurol Taiwan 2023; 32(3): 145-84.
9. 林靜嫻：巴金森氏症治療新進展。台大醫院，健康教育中心知識庫 2024。https://health.ntuh.gov.tw/health/new/6525.html

多陪一里路 幫助他們邁向自立

受暴婦幼生活重建 需要您相挺

公益大使 王月

2023年，
全台家暴通報案件超過13萬件，
平均四分鐘，
就會有一通通報家暴的電話響起……

勵馨誠摯邀請您，多拉一把，
多陪一里路，一同支持受暴婦幼。

居住扶助
提供庇護服務與租屋，
協助婦幼安穩生活。

生活扶助
經濟與物資協助，
幫助婦幼脫離貧窮。

關係修復
創傷知情陪伴，
助婦女修復創傷、
重建連結。

經濟培力
培力就業與理財知能，
助婦女邁向財務自立。

更多資訊連結

勵馨基金會

勵馨基金會
The Garden of Hope Foundation
231033 新北市新店區順安街2-1號
Tel:(02)89118595 Fax:(02)89115695

衛部救字第1131363835號
(114/1/1-114/12/31)

114年度單身（住院）醫師聯誼—春の愛情盛宴 午后光炫霓虹派對 活動報導

業務組　王惠怡

台北市醫師公會長期關心年輕醫師的權益與福利，精心規劃多元的社交活動，如文化之旅、單身聯誼等，為會員創造更多交流機會。3月23日在「伯朗咖啡館中山北路二店」及「六度空間會館」舉辦「單身（住院）醫師聯誼—春の愛情盛宴 午后光炫霓虹派對」活動，吸引了來自各領域的單身朋友，共計62人熱情參與，其中30位為會員，感謝護理師、律師、中醫師、外縣市醫師、法官、法院錄事、會計師、語言治療師、營養師、空服員及會員子女共同參與。醫院醫療委員會孫建偉委員至活動現場為會員加油打氣，溫馨提醒會員們此活動是由醫師公會主辦，要好好照顧身邊的夥伴，希望大家能享受這次活動！

活動由本會委託的上置旅行社專業團隊精心策劃與主持，參加者陸續抵達伯朗咖啡館，現場設置方桌，男女交錯入座，透過「美食推薦」、「旅遊經驗」、「電影推薦」等主題話題，迅速拉近彼此距離，現場氛圍溫馨熱絡。現場還準備了精緻下午茶，讓大家一邊交流一邊享受美食。

此次活動的亮點為鐳射光戰，是一個適合團隊和個人的遊戲。參加者可透過各種賽局獲得分數，享受狙擊的樂趣。在遊戲中，參與者會穿上感應背心，背心上配有鐳射槍，使用的鐳射光不會造成任何疼痛。透過多種不同的遊戲模式，參與者體驗不同的戰鬥方式，這個過程展現了大家的合作默契和領導魅力，並在互動中增進彼此的友誼。

活動中穿插了趣味遊戲，增添歡笑與活力。本會特別準備了超商禮券、餐廳餐券及電影票，獎勵遊戲優勝組別，並頒發了「邀約獎」及「摸彩獎」，鼓勵大家積極參與，創造難忘回憶。

也特別鼓勵參加者在活動後邀約新朋友共進晚餐或欣賞電影，讓這段美好時光得以延續。大家可在專屬LINE群組內保持聯繫，分享生活點滴，甚至相約出遊，持續深化彼此的

主題式換桌聊天

鐳射光戰戰術研究

鐳射光戰合影

獲得配對禮參加者合影

友誼。

希望這次聯誼能成為大家邂逅美好緣分的契機。若參加者因本次活動相識並步入婚姻殿堂，本會將贈送禮金以示祝賀。會員若在聯誼後相約異性參加者出遊，提供出遊照片將可獲得雙人電影票的約會基金。祝福每位參加者都能找到屬於自己的幸福，期待未來收到幸福的好消息！

全體合影留念

114年會員分區座談會

時間及地點

分區別	日期及時間	餐敘地點
第一分區 （中山/士林/北投）	5月20日（星期二） 12:30-14:00	壹品宴二樓 宴會廳 臺北市南京東路2段63號2樓（第一飯店2樓） (02) 2541-9102 捷運松山新店線-松江南京站8號出口
第二分區 （中正/大同/萬華）	5月27日（星期二） 12:30-14:00	台北凱撒大飯店 四樓寶島廳 臺北市忠孝西路1段38號 (02) 2311-5150 捷運台北車站M6號出口
第三分區 （大安/信義/文山）	6月18日（星期三） 12:30-14:00	台北彭園會館五樓 富貴廳 臺北市忠孝東路5段297號5樓 (02) 2528-8122 捷運板南線-永春站1號出口
第四分區 （松山/南港/內湖）	7月9日（星期三） 12:30-14:00	典華大直旗鑑店 大地廳 臺北市植福路8號3樓 (02) 8502-5555 捷運文湖線-劍南路站2號出口

討論議題｜

1.公會成立80週年及100週年系列活動
2.安敦國際大樓會館購置
3.執行業務所得稅務新制
4.醫療費用核定原則及違規態樣
5.台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程
6.受聘為負責醫師之法律風險
7.社會安全網（家暴防治及兒虐防治等）宣導
8.本會友善無障礙診所輔導及認證計劃
9.鼓勵參與「代謝症候群防治計畫」

出席人員｜台北市醫師公會 **診所醫師會員本人** 及 **各醫院推派代表**

主 持 人｜會員服務委員會 周賢章召集委員、基層醫療委員會 林應然召集委員
醫療糾紛委員會 簡志誠召集委員、醫政法制委員會 周廼寬召集委員
公關委員會 高尚志召集委員

指導單位｜臺北市政府/衛生局 警察局 社會局；健保署臺北業務組；地方檢察署

台北市醫師公會 啟 114.04

✂ ……

114年度會員分區座談會 報名表 （請擇一場參加）			
_____ 醫師 願意參加 素食者 請打勾 ☐		☐ 5月20日 ☐ 5月27日 ☐ 6月18日 ☐ 7月09日 **座談會**	
院所名稱		**聯絡電話**	

【報名方式】請以網路、e-mail或電話報名，以便彙整及安排座位
網 路 報 名｜請掃描右側QR-Code進行報名
E - M A I L ｜tma121@tma.org.tw 電話｜2351-0756分機21王小姐 或轉總機9
報名截止日｜每場座談會前五日（如5/20場次，即為5/15截止報名）

網路報名

團體桌球聯誼賽

比賽地點：台大綜合體育館B1桌球室（屆時該處若不克外借將另擇場地舉行）
（台北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

比賽宗旨：增進各院區與診所桌球同好交流，凝聚台北市醫師公會桌球隊向心力。
在忙碌的醫涯中能兼顧運動與健康，以球會友。

團體組：

一、比賽日期：114年6月22日（星期日）下午1:30報到，2:00開始比賽。

二、比賽方式：

1.採五點制（1、3、5點單；2、4點雙），預賽循環，複賽單淘汰。
2.每隊人數：最少7人（包含隊長）最多9人。
3.各組比賽皆採11分五局三勝制。
4.團體賽各隊需派出一名球員擔任裁判。
5.小組預賽中，若兩隊在五點打完前已分出勝負，則剩下的點為友誼賽性質，不計入比賽成績。複賽搶三點即結束。

三、參賽資格：限本會會員，不限男女。

四、組隊規則：

1. 各級醫院醫師會員，限同體系統組成一隊，上限兩隊。
舉例：市聯和平、仁愛可同隊；台大總院與北護分院可同隊。
若人數不足一隊，至多兩不同體系醫院聯合組隊。
2. 診所單位：各診所醫師會員可自行組隊。
診所醫師若人數不足組隊，可加入醫院隊(每隊限2名)。

五、比賽規則：

1. 採用中華民國桌球協會審定公佈之最新比賽規則。
2. 使用40+塑料比賽球。

六、報名日期：請於6月10日以前向本會林小姐報名。（電話：02-23510756分機17，傳真：02-23510739）

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

團體組桌球聯誼賽報名表			
隊　　名		隊　　長	
隊　　員			
		聯絡電話	

游泳比賽

本會114年度游泳比賽，歡迎踴躍報名參加！

一、時間：民國114年7月13日（星期日）中午12:00報到，12:30開始比賽

二、地點：台北醫學大學體育館B1游泳池（台北市吳興街250號）

三、報名：請於6月30日前向本會報名

電話：(02)2351-0756分機17林小姐　傳真：(02)2351-0739

四、參加資格： 1. 團體組：以醫院為單位組隊，每隊4人。

(1) 限本會會員

(2) 報名未達四隊取消賽程

2. 個人賽：(1) 限本會會員及配偶

(2) 除四人160歲接力賽外，每人限報名兩項。

(3) 賽程決定後，即不可更改組別，不接受臨時報名。

(4) 報名人數不足20人時，取消該比賽。

五、獎勵辦法：皆取冠、亞、季軍三名；個人賽程不足三人報名的項目改為表演或與他組合併賽程共同計時（視報名情況而定），發給參加獎，只要報名都有機會下水。

※為縮短比賽時間，必要時可能併項舉行，分別計時。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。 ※場地如有變動，會另行通知。

會員游泳比賽報名表

團體隊名		隊 長		聯絡電話	
團員名單					
個人組姓名					
服務院所			出生年月日		
聯絡電話			傳真或E-Mail		
參加項目	☐長青組：65歲（含）以上 ☐壯年組：45歲（含）以上 ☐公開組：不限年齡 ☐男子組50公尺　☐女子組50公尺 ☐自由式　☐蛙式　☐仰式　☐蝶式				
	☐四人160歲以上200公尺接力（可現場自行組隊，男女不拘，不分泳式） ＿＿＿＿＿＿（　　歲）、＿＿＿＿＿＿（　　歲） ＿＿＿＿＿＿（　　歲）、＿＿＿＿＿＿（　　歲）				

羽毛球賽

本會114年度會員羽毛球賽即將舉行，請各位會員踴躍報名參加。

一、**比賽時間：**114年7月27日(星期日)下午1:00報到，1:30開始比賽。

二、**比賽地點：**台北醫學大學體育館2樓球場（吳興街250號）

三、**比賽分組方式：**

1. 單打：青年組（40歲以下，民國74年7月27日後出生之會員）
   壯年組（41歲以上，民國74年7月26日前出生之會員）
2. 男子雙打組（請會員自由組隊參加）。
3. 女子雙打組（請會員自由組隊參加）。
4. 男女混雙組（會員組隊或會員與配偶組隊）。
5. 百歲組。會員年齡合計100歲以上雙打，會員自由組隊。

※以上各組參賽組數未達三隊以上（含三隊），取消該組賽程。報名總人數未達20人時，取消年度比賽

四、**比賽規則：**

1. 以二十一分新制記分法記分。
2. 參賽資格為本會會員。惟混雙可與配偶搭配。
3. 每位會員報名組數不得超過2組。
4. 請依規定報名，不接受現場報名。

五、**報名截止日期：即日起至7月15日止，來電或傳真報名。**

聯絡人及電話：(02)2351-0756分機17 林小姐，Fax：(02)2351-0739。

備註：1. 為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

2. 場地如有變動，會另行通知。

羽毛球賽報名表

姓　　名		**電　話（手機）**	
醫療院所名稱		**車　號**	
參加組別	☐**單打** ☐ 青年組　☐ 壯年組 ☐**雙打** ☐ 男子雙打　搭配者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 女子雙打　搭配者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 男女混雙　搭配者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 100歲組　搭配者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

服　務　欄

誠徵醫師

- 信義區儷寶得信義皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5121#19高小姐。
- 中山區耳鼻喉科診所誠徵具耳鼻喉科看診經驗之專任醫師，請洽0935-007-737周醫師。
- 內湖區康研診所誠徵心臟代謝專科醫師，工作環境氣氛舒適，薪資面議，歡迎有興趣合作之醫師洽談，意洽0939-262-745。
- 財團法人醫藥品查驗中心(CDE) 誠徵：醫師審查員，職務：藥品查登、臨床試驗、研發諮詢輔導，具醫師證書及專科醫師證書，詳閱本中心官網及https://cdehr6.wixsite.com/recruitment (請以chrome開啟)意洽 02-8170-6000#657。
- 萬華區聯合診所誠徵神經內科、胸腔內科、小兒科兼任醫師，意者洽0910-091-158陳醫師。
- 內湖區診所誠徵家醫專科醫師，待優，意者請洽0958-182-817或pfdrc2016@gmail.com。
- 大安區內兒科診所誠徵專任或兼任內科、兒科、兒鼻喉科醫師，出國代診亦可，近捷運站，意洽0916-846-036。
- 北投區誠徵骨復健科、內科具風濕病次專科、神經內科、家醫科專科醫師報備支援可，請洽張院長2821-0197。
- 中山區診所誠徵家醫科或急診科醫師，一週5~8診可討論，多位醫師請假方便。意洽0952-661-617黃小姐。
- 信義區診所誠徵家醫、新陳代謝、精神或內科醫師，與傳統經營模式不同，除門診診治病人外，積極拓展至長照機構，與政府政策接軌，開創全新市場機會，可先報備支援兼診，意洽詹小姐0963-234-232。
- 中正區幫痘氏公館皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 松山區聘請有耳鼻喉科診所看診經驗之兼任醫師。近南京三民站，意者請洽0906-199-888林小姐。
- 松山區南京三民站診所聘請有家醫科、耳鼻喉科診所看診經驗之專任醫師，意者請洽0925-283-232邱小姐。
- 松山區耳鼻喉科診所誠徵醫師，耳鼻喉、家醫、小兒、內科均可。意者請洽陳醫師0932-157-542或Lind ID: solo5b。
- 信義/中正區醫美診所禮聘醫師，雷射光療肉毒微整為主，客源穩定，可培訓。意者週間上班時間請洽胡經理2389-1213。
- 內湖區康研診所誠徵合作新陳代謝科醫師，薪優，意者洽廖小姐0939-262-745。
- 士林區診所誠徵可長期合作正職、兼職醫師6~8診，待優。意洽0933-851-670許小姐。
- 中山區（大直捷運站）聘請有一般科診所看診經驗之專兼任醫師。意者請洽：(02)8509-1776洽吳先生。

醫院診所租售

- 三重診所出租，1+2樓80坪適合各科，牙醫、中醫亦可，近市場、國小人潮多，意者請洽：(02)2322-5064。

開　懷　篇

陳志鑫診所 陳志鑫

怎麼可能雙喜臨門？

太太：「老公我問你一個問題。」

先生：「什麼問題？」

太太：「如果你中了樂透一億元，而我剛好被壞人綁票要贖金一億元。你會怎麼做？」

先生：「不可能！我何德何能。」

太太：「此話怎麼說？」

先生：「我怎麼可能雙喜臨門。」

瞎操心

春嬌與志明是對情侶。

有一天，志明突然對春嬌說：「我們兩個都不會做飯，結婚後我們總不能天天叫外賣吧？」

春嬌瞪他一眼說：「這是我和我老公的事，你瞎操什麼心？」

中文真難唸

在師大語言中心，有兩個老外閒聊時，感覺中文真難唸。

A：「明明三個字，次序不同，意義差很大。」

B：「哪三個字啊？」

A：「你好嗎？媽你好！你媽好？…」

B：「我遇到更好玩。老師說：一個半小時就是三個半小時。」

實際解剖學

記得讀醫學院二年級要上解剖學時，小明老是貪玩翹課，結果解剖學被當了。

小明厚著臉皮向老師求饒，老師不為所動。

於是小明拿著刀子在老師面前說要自殺。

老師突然靈機一動，笑著說：「如果你找到了正確的心臟位置，我這一科就讓你Pass。」

攝影秀
法國　巴黎

國泰醫院小兒科　林隆煌

巴黎凱旋門位於戴高樂廣場中央。

凱旋門全稱是雄獅凱旋門，為紀念拿破崙1806年戰爭勝利而建。

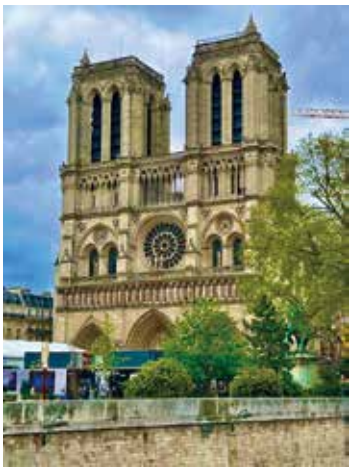
巴黎協和廣場。

艾菲爾鐵塔又稱為巴黎鐵塔。

從艾菲爾鐵塔俯瞰戴高樂廣場。

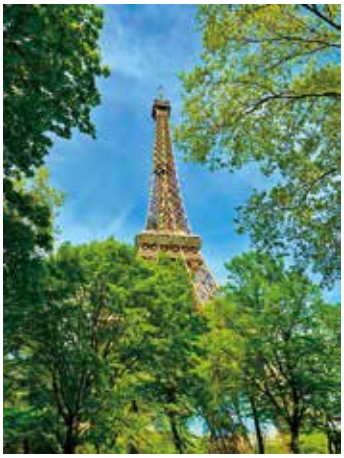
從艾菲爾鐵塔俯瞰戰神廣場。

Louis Vuitton 法國巴黎總部。



重建中的巴黎聖母院。

米羅的維納斯女神像是羅浮宮三大鎮館之二寶。



鐵塔是法國文化象徵，巴黎城市地標，巴黎最高建築物。

蒙娜麗莎是羅浮宮三大鎮館之首。

勝利女神雕像是羅浮宮三大鎮館之三寶。

溫泉醫療增進全人健康 打造健康台灣

三軍總醫院北投分院 家庭醫學科 陳家勉

賴總統清德先生於2024年6月19日「信賴新政、時代新台灣」就職滿月的記者會上，宣布設立三個委員會替國家發展擬定戰略、與民間力量展開對話、和國際社會深化合作，更為未來的台灣展開行動，其中健康台灣推動委員會旨在打造健康台灣、樂齡幸福社會，凝聚社會共識並落實行動，以達到讓國人更健康，讓國家更強的目標。

1965年，Leavell與Clark將預防策略分為三級：1.初級預防：健康促進、特殊保護；2.次級預防：早期診斷、早期治療（疾病控制）；3.三級預防：限制殘障、復健[1]。基本上，溫泉醫療在許多疾病之急性發作期是不適用的，然而，溫泉醫療的主要定位，則是在疾病的可感受期（促進健康與預防疾病[6]）、臨床期與殘障期（復健治療）[3]。

唐朝藥王孫思邈之《千金要方》：「上醫醫未病之病、中醫醫欲病之病、下醫醫已病之病。」他認為:醫術最好的醫師會於身體尚未發病之前，便能洞燭機先，適時為看似健康的人提供疾病預防的方法以杜絕疾病，而在保持健康方面則著重於養生之術—人若善攝生，當可免於病[2]。科學浴療試驗(Scientific balneotherapeutic trials)之科學證據顯示：浴療(balneotherapy and spa therapy)在代謝症候群、肥胖、認知功能(cognitive Function)與生理狀態(physiological status)有著預防的效果[12]。223名「亞健康」志願者進行五個月的溫泉浴療，與對照組（139人）相較下，浴療組在浴療後，睡眠障礙（入睡困難、多夢、惡夢和不安睡眠、易醒、覺醒後再次入睡困難）、精神壓力和一般健康問題（頭痛、關節痛、腿或

疾病的自然史與三級預防

可感受期		症候早期	臨床期	殘障期
促進健康	特殊保護	早期診斷 早期治療	限制殘障 復健	
初級預防		次級預防	三級預防	
1. 衛生教育 2. 注重營養 3. 注意個性發展 4. 合適的工作娛樂休閒環境 5. 婚姻座談和性教育 6. 遺傳優生 7. 定期體檢	1. 預防注射 2. 培養個人衛生 3. 改進環境衛生 4. 避免職業傷害 5. 預防意外事件 6. 攝取特殊營養 7. 消除致癌物質 8. 預防過敏來源	1. 篩選檢定 2. 特殊體檢 3. 適當治療以遏止疾病的惡化，並避免進一步的併發症和續發症	1. 心理生理和職能的復健 2. 提供適當的復健醫院、設備和就業機會 3. 提供限制殘障和避免死亡的設備 4. 醫院的職能治療 5. 療養院的長期照顧	

腳抽筋、模糊視力）皆有顯著緩解的情況[14]。

溫泉能促進健康及治療疾病，具有療效的溫泉或礦泉水有助於風濕肌肉骨骼疾病、皮膚病、血液、呼吸與胃腸系統等疾病[11,15]，而溫泉的適應症包括慢性疾病、復健、手術前後與預防醫學等範疇[10]。日本北海道大學名譽教授阿岸祐幸指出[7]：對於無法以藥物治療的老化現象及機能性障礙，透過溫泉療法可使其正常化並有健康促進之作用，而各種疾病及症狀之適應症則包括慢性疾病（如心血管、呼吸、消化、新陳代謝、皮膚及神經系統等疾病）、復健、外科手術前後之應用與預防醫學，心身症及壓力相關疾病[5,8,9]。

論單一疾病的療效，雖然溫泉不比現代醫學手術及藥物來的有效，但僅是「單一」天然溫泉泉質卻可同時浴療老年人「多種」慢性共病，並且有著安全性高及較無副作用之優點。基本上，在疾病病程及輕重度的治療考量方面，對於急、重症疾病的治療是以現代醫療為主，而無病症、輕症或是慢性病況，則可輔以溫泉療法，如此便可相輔相成提升預防與治療疾病之效果。

依國際定義，將65歲以上人口數占總人口數比率達到7%、14%及20%，分別稱之為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會，而台灣早在1993年便已邁入高齡化社會，國家發展委員會則是推估台灣將於2025年邁入超高齡社會。衰老與免疫系統正常功能的下降有關，冠層(canopy)術語「免疫衰老」(immunosenescence)所導致老年人的疫苗反應較差、感染和惡性腫瘤的發生率增加[13]。 不求帶病之長壽，但求健康餘命能安然終老，如是將溫泉療養納入老年人的安享生息，應是台灣優化長照2.0達成老人溫泉醫療長照3.0之最佳體現！

日本政府將國家高密度之天然溫泉資源與在地的行政及醫療體系做了完美結合，善用社區力量打造出世界獨一無二結合老人長照之高齡溫泉活用體制，成功提升年長者的醫療照護及生活品質，並減少醫療費用的支出！日本國家健康保險中央會於2001年所發表之報告《醫療和護理保險制度下的溫泉作用及活用策略研究》中提到-於積極推進活用溫泉保健事業的市町村中發現：1.老年人的醫療費用正在下降，2.常泡溫泉的人其醫療費用較低[4]。台灣目前的健保支出日益高漲，相信溫泉醫療的納入可協助政府達成健保永續經營的目的。

台灣最早期溫泉的開發與利用主要是以醫療為目的，之後隨著臺灣經濟的快速成長，溫泉浴已逐漸轉變成為另一種觀光休閒模式；縱觀國際，為了讓溫泉醫療有長足性的發展，歐洲及日本等溫泉國政府莫不致力於以實證醫學為基礎的溫泉研究及推廣以全民健康為福祉的溫泉醫療保健，而溫泉醫療亦納入國家的社會健康保險體制內，台灣雖有品質卓越的醫療及媲美日本高密度多種優質之溫泉，但未曾施行溫泉醫療制度…。

溫泉醫療可健國強民、增進全人健康照

護，有為之政府可師法先進溫泉醫療國家深化國際社會間合作，並結合民間力量再造溫泉旅館體系，投入溫泉醫療實證基礎、臨床研究深耕全人全齡式的醫療照護以打造健康台灣、幸福社會之願景！

參考文獻

1. 陳家勉：溫泉醫療之迷思。溫泉醫療概論2014；臺北市，華杏出版社：191-2。
2. 陳家勉：保健養生研究室。溫泉健康研究室2019；臺北市，原水文化出版社：80。
3. 大島良雄、矢野良一：溫泉療養の現代における意義；溫泉療養の指針(改訂第3版)1991。社團法人日本溫泉協會；東京：12。
4. 大塚吉則：健康増進作用を持っ溫泉氣候療法の有意性；新版 溫泉療法2006。クルーズ；北海道：160。
5. 久保田一雄：現代の溫泉療法・溫泉療法2006。金芳堂；東京：60-5。
6. 赤平理紗、赤 卓哉、飯山準一等：溫泉の健康増進に関する長期的效果。新入浴・溫泉療養マニュアル2007。日本溫泉氣候物理醫學會；東京：32。
7. 阿岸祐幸：溫泉療法入門・溫泉と健康2014。株式會社岩波書店；東京：40-56。
8. 株式會社ビュ-プロ：溫泉療法の適應症と禁忌症；溫泉療養の手帖(第3版)2003。社團法人民間活力開發機構；東京：41-3。
9. 植田理彦、甘露寺泰雄、前田真治等：疾患の治療・新溫泉醫學2004。日本溫泉氣候物理醫學會；東京：237-361。
10. Agishi Y: Hot springs and the physiological functions of humans. Asian Med J 1995; 38(3) : 115-24.
11. Elitok B: Possible effects of balneotherapeutic methods in the treatment of psoriasis and eczema. Clin Gastroenterol Int 2018; 1(1) : 1002.
12. Thierry H, Patrick S Jérôme F, et al: One-year effectiveness of a 3-week balneotherapy program for the treatment of overweight or obesity. Evid Based Complement Alternat Med 2012; 150839.
13. Richard JS, Thomas WL, Guillaume S, et al: Exercise and the aging immune system. Ageing Res Rev 2012; Jul;11(3): 404-20.
14. B Yang, QZ Qin, LL Han, et al: Spa therapy (balneotherapy) relieves mental stress, sleep disorder, and general health problems in sub-healthy people. Int J Biometeorol 2018; Feb; 62(2): 261-72.
15. Joshua Z, Sophie S: From Probiotic to Prebiotic Using Thermal Spring Water. J Drugs Dermatol 2018; Jun 1; 17(6): 657-62.

NotebookLM助攻論文分析與文字及語音互轉技巧分享

臺北榮民總醫院 [1]大數據中心 [2]新竹分院 楊豐源[1] 羅宇成[1] 陳曾基[2]

NotebookLM簡介

NotebookLM是一款Google開發的AI線上生成式問答筆記工具。背後的技術核心是基於Google自家的Gemini 2.0 Pro多模態大型語言模型(Large Multimodal Language Model, LLM)。這款模型結合了強大的自然語言處理能力，能夠理解和處理文本內容，同時支援多模態資料的分析，如文本、圖像等。藉由這樣的技術，NotebookLM可以快速分析及總結使用者上傳的資料，並根據其內容進行互動。Gemini API目前可支援180多個地區，所有年滿18歲的使用者都能使用NotebookLM。它在2023年就已經被開發出來的AI工具，但在2024年6月才開放台灣用戶使用，對於做實例教學的老師、學生及創作者是一項利器，也特別適合醫事、研究及行政相關人員。它和ChatGPT、Copilot不同的是，它不會憑空生成內容，也不是由網路找答案，而是結合文件資料庫AI分析功能，幫助我們根據自己上傳的大量筆記、文件，生成有明確引用的論文摘要、報告企劃、文章大綱。優點特色如下述三點：(1)可多份檔案一起比較，最多50個來源；(2)單一檔案文字50萬字；(3)單一檔案最大200M。我也整理了最近幾個月最夯功能，主要包含以下三項：(1)文字生文字功能：內置Gemini，內容生成摘要、註解和使用者想要的答案；(2)文字轉語音+影音功能：製作專訪語音檔，這是今年9月11日宣布推出的全新功能，製作出音訊還可另外搭配剪映AI影片編輯軟體後製成影音教學檔；(3)語音轉文字功能：它可協做會議記錄。以上三種技巧以下讓您一次全部學會。

NotebookLM的使用技巧

大家可以從以下網址：https://notebooklm.google/連結NotebookLM的首頁，可選擇使用google帳戶來註冊登入。

大家可參照圖一，來對照AI工具主畫面。

文字生文字技巧

- **操作步驟：**

選取現有筆記本，或點選「新增筆記本」並輸入自訂名稱。

(1) 在畫面左側的來源檢視器中，按一下「加號」圖示新增來源。

(2) 選取想要上傳的檔案。按一下「插入」。上傳時，請注意每個來源最能包含50萬字以內，上傳檔案的大小上限為200MB。

- **格式支援：**

(1) Google文件或 Google簡報：直接從你的Google雲端硬碟上傳。

(2) PDF或TXT和Markdown 檔案：支援常見的文件格式，方便你上傳各種資料。

(3) 網址或已公開影片的YouTube網址，需注意以下狀況的影片無法順利被辨識，例如：剛發佈24小時以內影片、沒有轉錄稿的影片及未公開影片。

(4) 複製的文字：可直接貼上文字內容，建立新的來源。

圖一　NotebookLM主畫面示意圖

(5) 音訊檔案：包括MP3、WAV…等，但不支援沒有語音的音訊。

在數秒內，它即可幫您把新增的英文版論文翻譯成中文，並在側邊歸納出幾個常見問題，這樣一來我們看到自己熟悉的語言，學習速度應該快許多，不管在做研究或報告撰寫上幫助都相當大，速度之快也著實令人驚訝。

● 提問

建議做法：

(1) 針對來源文件的資訊提出問題後，NotebookLM除了會提供回覆，也會附加源自上傳文件的引用內容。點選引文即可前往來源中的原文段落，方便你瞭解NotebookLM回覆的參考內容。

(2) NotebookLM除了可以查詢來源中的資訊，還能提供靈感。

提問時，如要控管NotebookLM可以使用哪些來源生成回覆，請在來源檢視器中勾選下一個查詢要使用的來源方塊。提示列會顯示NotebookLM生成回覆所參照的來源數量。

● 建立新記事

(1) 將模型回覆內容另存為記事：如果有喜歡的回覆內容，只要按一下回覆方塊中的圖釘，就能將該內容另存為「記事」。需注意回覆內容另存為「記事」後就無法編輯。

表一　NotebookLM重要功能介紹

一、文字生成文字

生成種類	重點功能
常見問題	能從上傳的文獻中自動生成常見問題，協助使用者快速掌握重點
學習指南	能從文獻中提取關鍵字、生成問答題和申論題，並提供思考方向和關鍵字彙的歸納，方便使用者進行學習和教學
目錄	能自動生成類似書籍目錄的文獻結構，方便使用者掌握文章架構和脈絡
簡介文件	能自動生成文獻的摘要，包含作者、研究方法、主要發現和結論，方便使用者快速了解文獻內容
時間軸	能根據文獻中提到的時間點，生成事件時間軸，方便使用者掌握事件發展的順序和關聯

二、文字轉語音

生成種類	重點功能
文字轉音訊檔	可以將上傳的文獻轉換成 Podcast 形式的音訊檔，並支援模擬兩個主持人對話，方便使用者以聽覺方式吸收文獻內容

三、語音轉文字

記事生成種類	重點功能
音訊轉文字檔	可將會議錄音轉換成文字稿，並自動生成會議記錄，同時提供摘要和關鍵問題，方便使用者整理和分析會議內容

(2) 儲存其中一個來源的引文或摘要：閱讀來源文件時，你可以選取想儲存的文字，然後選擇「新增至記事」或「製作摘要並建立為記事」，即可建立新記事。這些已儲存的記事也無法編輯，也請留意。

(3) 使用現有記事建立新記事：你可以選取所需記事和任一建議動作，模型就會根據記事內容建立新記事。舉例來說，你可以選取所有記事，然後選擇「建立學習指南」。

(4) 撰寫新記事：你可以按一下「記事」區塊右上角的「新增記事」，在這則記事中撰寫或貼上文字。

文字生語音技巧

我們可以將上傳的文獻轉換成Podcast形式的音訊檔，並支援模擬兩個主持人對話，但目前僅限生成英文對話，這種對話方式，方便受眾以聽覺方式瞭解我們想推廣的文字內容。在撰寫本篇文章的同時，作者也發現，有一個Monica AI工具，裡面有一項『播客』功能，它以產生「中文」對話片段，時間約為3分鐘左右。對於使用者又多了一項使用工具。大家可趁現在為免費試用期，趕緊上線試用看看，作者在YouTube有一部介紹影片，如以下連結：https://youtu.be/Q8hWwOoBqAA。這種文字生成語音的音訊檔，可搭配AI影片編輯軟

體製作成影音檔，可做為推廣作業、衛教宣導或教學使用，此部分介紹在講者的介紹影片中也有講解做法，如以下連結：https://youtu.be/Xy-RjyFGBjs。

語音轉文字技巧

大家在較為大型醫院單位一定常要開會，會議過程會將會議內容錄音，錄音完成又需做成會議紀錄。NotebookLM就可協助將錄音檔轉換成文字，並自動生成會議記錄初稿，也可請輸入提示詞請它幫你把一些贅詞修飾刪掉，同時也可提供摘要和一些關鍵問題，方便使用者整理和分析會議內容。

結論

NotebookLM是一款由Google開發的AI工具，專為文本分析和語音轉換而設計。它基於強大的 Gemini 2.0 Pro多模態大型語言模型，能夠處理和分析多種格式的資料，包括文本、圖片和音訊。NotebookLM的主要功能包括文本生成、語音轉文字和文字轉語音，這些功能對於研究、教學和行政工作者來說，都是極為有用的工具。筆者將其重要功能整理如表一。

NotebookLM的優點在於其快速的資料處理能力和多樣化的應用場景。它不僅能夠快速生成摘要和註解，還能將會議錄音轉換成文字，並自動生成會議記錄文字稿。此外，NotebookLM還支援將文本轉換成 Podcast形式的音訊檔，方便用戶以聽覺方式接收資訊。

總而言之，NotebookLM是一款功能強大且多用途的AI工具，能夠大幅提升資料處理和分析的效率，為使用者提供便捷且高效率的解決方案。無論是在學術研究、教學還是行政管理中，NotebookLM都能發揮其獨特的優勢，成為不可或缺的好幫手。

醫療法律生活化系列（149）

健保案行政訴訟—傳說的敗訴法院？

雙合耳鼻喉科聯合診所　李志宏

主旨：請推薦貴會有意願且具專業能夠**鑑定❶**如說明二所列醫療行為之會員3人，本院將於徵詢當事人意見後擇定為**鑑定人❷**；併請告知需否繳納**鑑定費用❸**？若有，金額為若干？請查照辦理。說明：一、本院高等**行政訴訟❹**庭受理112年度訴字第0005XX號行政訴訟事件，認有行鑑定之必要，故請貴會推薦鑑定人選如旨揭所示；又若貴會無法推薦人選或未辦理鑑定業務，請回函說明，以利憑辦。二、相關醫療行為包含有:「黏膜下鼻甲除術」、「黏膜下中隔矯正術」、「鼻內注射術」、「鼻竇內視鏡檢查」、「鼻甲電灼燒」。（「發文字號：院東丁股112訴0005XX字第11400005XX號」書函，臺北高等行政法院，民國114年1月21日發文。）

「我們不必在此…宮鬥…簽約的診所都是後宮、補充保險費是小三，健康保險皇上必定長命百歲！」甲醫師說。

「不見得一直這樣！時代在變…有美容醫學後宮認為皇上御用醫師亂核刪，結果爭議審議居然成功，正在大理寺的下屬機構審理中…」丙醫師故作神秘。

「真是爭議審議成功嗎？」乙醫師提疑問。

「抱歉！講錯了…是被駁回，所以提行政訴訟中。」丙醫師因神秘講太快。

「沒有經過訴願程序嗎？」甲醫師接續提疑問。

「查不到訴願決定書！」丙醫師肯定地回應，接著說：「全民健康保險法第6條第四款規定：全民健康保險爭議審議會應定期以出版公報、網際網路或其他適當方式，公開爭議審議結果。本案已經超過二年，不應該查不到？」

「查不到？」甲醫師附和丙醫師，接著說：「搞不好沒有經過訴願程序？」

「可能吧…全民健康保險法第6條第一款規定：本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法**提起訴願或行政訴訟**。」丙醫師照法條唸。

「為何可以選擇提起訴願或行政訴訟？」甲醫師好奇地問。

「行政訴訟的種類可分為撤銷訴訟、一般給付訴訟、課予義務訴訟及確認訴訟；除法律別有規定外，提起**撤銷訴訟**及**課予義務訴訟**都**必須先經訴願程序**。」丙醫師對行政訴訟稍有涉獵，接著說：「應該不是撤銷訴訟、課予義務訴訟？」

「所以是一般給付訴訟嗎？」乙醫師問。

「記得我法律研究所班主任，民法、債法的教授曾提起：與健保局的訴訟…提一般給付訴訟才是正途！釋字第533號解釋也是這麼講…」丙醫師說。

「核刪不是行政處分嗎？」甲醫師問。

「是啊…所以不是提撤銷該行政處分，另為處分訴訟嗎？」乙醫師加碼問。

「你們知道為何行政法院被稱為…敗訴法院嗎？」丙醫師問。

「因為官署絕對沒錯！」甲醫師先回答。

「因為法官不完全懂！」乙醫師後回答。

「這不是一樣的理由嗎？」丙醫師噗哧一笑。

「對啊！因為法官只相信官署！」甲醫師的補充。

「因為官署只給法官對自己有利的資料，其他資料都蓋牌不提供…！」丙醫師開始有些自言自語，似有所感。

「講清楚啦、聽不到了！」經過乙醫師這一番喝斥，丙醫師回神接著說：「兄長還記得我那位在衛生福利部所屬之署服務的公職同學嗎？」

「跟我一樣，頂上發亮那位嗎？」甲醫師問。

「是的！他曾代表官署出席所屬官署與一般民眾的行政訴訟…」丙醫師還沒講完、乙醫師就插話。

「我知道！官署的理由不充足，還被法官採信，是嗎？」乙醫師問。

「是的！他說官署怎麼講都會贏！」

「講到重點！因為官署絕對沒錯！」甲醫師再說一次。

「真的！你這位同學是性情中人，才會跟你講…大白話，其他官員大概就自誇自己多厲害、多了不起…」乙醫師很少誇獎官員，接著說：「記得他的個性屬於不會逢迎巴結型，所以升職不易…後來是透過甲兄的幫忙，是嗎？」

「是的！會逢迎巴結的都不是我的同學！」丙醫師回應。

「所以你我是好同學！」乙醫師說。

「不只是好同學…還是長輩！」丙醫師回應乙醫師，接著說：「他升職後的工作量更加繁重，因為下屬的公文最終都由他擬稿，怎麼教都學不會？！」

「會才怪！有如此盡職的長官，喝茶看手機即可，哈！」乙醫師笑傲回答。

「搞到多病纏身，尤其是眼睛…近乎殘廢！」丙醫師覺得可惜了。

「撐到何時？退休了嗎？」甲醫師心想，如果當年沒有升職是否較好。

「超過55歲就提早退休！在新冠疫情發生前幾年退休。」丙醫師說。

「好加在…如果疫情期間還在職…八成以上被操到死？」乙醫師瞭解這位好同學的同學，的確是好官員，接著對著丙醫師說：「還好你及早脫離官職。」

「能力不足啊！37歲就辭公職當健保醫奴，匆匆已過30年…」丙醫師感嘆歲月不饒人，接著道：「當健保醫奴…還沒有退休金或退休制度，也慘！」

「你曾說：健保倒閉日就是你的退休日！不是嗎？」乙醫師笑著講。

「也是！半生只為監督健保制度…」丙醫師自認已無用武之處，只求自保。

「你剛才所提是何種健保案件？怎會找上你？」甲醫師注意到大家已經離題。

「請學會推薦三位鑑定人的健保案件。」丙醫師回答。

「什麼樣的健保行政訴訟案件，需要鑑定人？」乙醫師好奇地問。

「跟我的疑問一樣。經私下了解才知道是健保核刪案件，案件至今已經超過二年。」丙醫師說。

「核刪的費用很大？」甲醫師難得聽到堅持這麼久的案件，繼續問：「原告是醫院還是診所？」

「是診所！金額超過600萬…所以直接由臺北高等行政法院審理！」丙醫師整理一下情緒，接著說：「聽說診所負責醫師不僅出動多位大牌律師，還動用到民意代表。讓健保署一個頭兩個大…」

「不是有專業審查醫師可以回覆問題嗎？」乙醫師問。

「好問題！聽說健保署為保護審查醫師…」丙醫師回應。

「所以審查醫師…不必出庭作證？」乙醫師提到問題的重點。

「問得好！所以依據行政訴訟法準用民事訴訟法，請學會推薦有意願且具專業能夠鑑定之會員3人，於徵詢當事人意見後擇定為鑑定人。」丙醫師回答。

「當事人指何人？」乙醫師明知故問。

「當然是原告及被告…你以為呢？法官們嗎？」丙醫師嚴肅地回答。

「《民事訴訟法》第326條有規定：鑑定人由受訴法院選任，並定其人數。」乙醫師剛查到行政訴訟法準用民事訴訟法的規定。

「哈！你繼續往下看：法院於選任鑑定人前，得命當事人陳述意見；其經**當事人合意指定**鑑定人者，應從其合意選任之。但法院認其人選顯不適當時，不在此限。所以學會雖然可以推薦鑑定人，但是變數還多…」丙醫師覺得不樂觀。

「難為你這位秘書長…」甲醫師知道丙醫師現在的職位，接著問：「全聯會有參與其中嗎？」

「就因為不少全聯會重要幹部關心此案後續發展，紛紛詢問並提供意見。」丙醫師正為此尋求學會理監事的共識。

「這種案件真是兩難…爭議審議成功，診所更加有恃無恐，吃掉基層總額、讓健保點值持續下滑；爭議審議駁回，又面臨行政訴訟。」甲醫師語重心長。

「我覺得你的心思應該不只在徵詢鑑定人而已…對不？」乙醫師問。

「知我者同學你！就像甲兄所言是兩難，但是這種保險關係不是兩造關係而已，而是三角關係！」丙醫師回應乙醫師問題。

「缺少一位重要當事人…對不？」乙醫師再問。

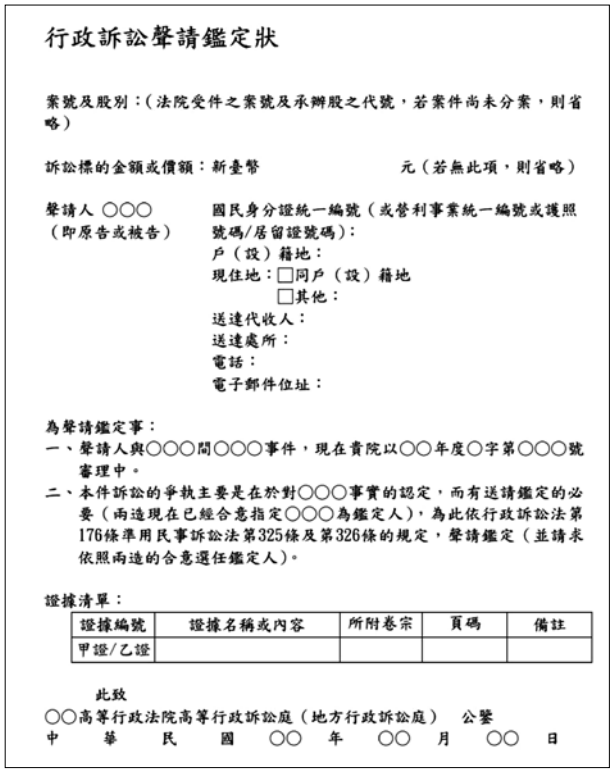
「保險對象或病人！」甲醫師肯定語氣附和。

「真的！健保給付給保險對象，診所提供適當的醫療服務後，健保署卻不願支付費用…所謂核刪，究竟是『刪掉給付』、還是『刪掉支付』？」乙醫師說。

「知我者同學你！一開始我就擬以此理由回覆行政法院…無奈無法達成共識，似乎推薦鑑定人才是理監事的共識！」丙醫師說。（未完待續）

問題❶：何謂行政「鑑定」？如何踐行？

解　答：《行政訴訟法》第四節證據第133條：「行政法院應依職權調查證據。」第136條：「除本法有規定者外，民事訴訟法第二百七十七條之規定於本節準用之。」（註：《民事訴訟法》第三節證據第277條：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」）；同法第156條：「鑑定，除別有規定外，準用本法關於人證之規定。」同法第157條第一項：「**從事於鑑定**所需之學術、技藝或職業，或經機關委任有鑑定職務者，於他人之行政訴訟有為鑑定人之義務。」（註：比較《民事訴訟法》第328條：「具有鑑定所需之特別學識經驗，或經機關委任有鑑定職務者，於他人之訴訟，有為鑑定人之義務。」有異曲同工之處。）；同法第176條：「民事訴訟法第二百十五條、…**第三百二十五條至第三百二十七條、第三百三十一條至第三百三十七條、第三百三十九條**…第三百七十條至第三百七十六條之二之規定，於本節準用之。」（註：《民事訴訟法》**第324條～340條**屬於鑑定之規定。）顯見關於訴訟證據部分，民事、行政有相通之處。



行政訴訟聲請鑑定狀

案號及股別：（法院受件之案號及承辦股之代號，若案件尚未分案，則省略）

訴訟標的金額或價額：新臺幣　　元（若無此項，則省略）

聲請人 ○○○（即原告或被告）　國民身分證統一編號（或營利事業統一編號或護照號碼/居留證號碼）：
戶（設）籍地：
現住地：□同戶（設）籍地 □其他：
送達代收人：
送達處所：
電話：
電子郵件位址：

為聲請鑑定事：
一、聲請人與○○○間○○○事件，現在貴院以○○年度○字第○○○號審理中。
二、本件訴訟的爭執主要是在於對○○○事實的認定，而有送請鑑定的必要（兩造現在已經合意指定○○○為鑑定人），為此依行政訴訟法第176條準用民事訴訟法第325條及第326條的規定，聲請鑑定（並請求依照兩造的合意選任鑑定人）。

證據清單：

證據編號	證據名稱或內容	所附卷宗	頁碼	備註
甲證/乙證				

此致
○○高等行政法院高等行政訴訟庭（地方行政訴訟庭）　公鑒
中　華　民　國　○○　年　○○　月　○○　日

圖一　行政訴訟聲請鑑定狀（圖片來源：司法院）

《民事訴訟法》第325條：「聲請鑑定，應表明鑑定之事項。」（行政訴訟準用，圖一）本案似乎應原告診所或被告健保署之要求，聲請鑑定。

問題❷：如何選任「鑑定人」？其任務及責任為何？

解　答：《民事訴訟法》第326條第一項：「鑑定人由受訴法院選任，並定其人數。」第二項：「法院於選任鑑定人前，得命當事人陳述意見；其經當事人合意指定鑑定人者，應從其合意選任之。但法院認其人選顯不適當時，不在此限。」第三項：「已選任之鑑定人，法院得撤換之。」同法第327條：「有調查證據權限之受命法官或受託法官依鑑定調查證據者，準用前條之規定。但經受訴法院選任鑑定人者，不在此限。」（註：《行政訴訟法》第176條：「民事訴訟法…**第三百二十五條至第三百二十七條**、…之規定，於本節準用之。」）換言之，受訴法院有權選任鑑定人，並定其人數（註：選任方式一）。選任之前，亦得經當事人合意指定鑑定人而選任之（註：選任方式二）；但法院認其人選顯不適當時，可以不從其合意（註：除外規定）。《行政訴訟法》第157條第二項：「鑑定人應於選任前揭露下列資訊；其經選任後發現者，應即時向審判長及當事人揭露之：一、學經歷、專業領域及本於其專業學識經驗曾參與訴訟、非訟或法院調解程序之案例。二、關於專業學識經驗及相關資料之準備或提出，曾與當事人、輔助參加人、輔佐人或其代理人有分工或合作關係。三、關於專業學識經驗及相關資料之準備或提出，曾受當事人、輔助參加人、輔佐人或其代理人之金錢報酬或資助及其金額或價值。四、關於該事件，有其他提供金錢報酬或資助者之身分及其金額或價值。五、有其他情事足認有不能公正、獨立執行職務之虞。」所以鑑定人資格有規定，且須選任前或即時揭露之。

問題❸：行政訴訟的「鑑定費用」有法定標準嗎？

解　答：《行政訴訟法》第160條第一項：「鑑定人於法定之日費、旅費外，得請求相當之報酬。」第二項：「鑑定所需費用，得依**鑑定人之請求**預行酌給之。」第三項：「關於前二項請求之裁定，得為抗告。」同法第96-6條第一項：「下列費用之徵收，除法律另有規定外，其項目及標準**由司法院定之**：…三、鑑定人之日費、旅費、報酬及鑑定所需費用。」報酬及鑑定所需費用，在這二條規定中…似乎相互矛盾：到底是「得依**鑑定人之請求**」、還是「**由司法院定之**」？其實是相輔相成：依前述《行政訴訟法》第98-6條第一項規定授權訂定新全文修正（註：自112年8月15日施行）發布之《行政訴訟裁判費以外必要費用徵收辦法》第10條第一項：「行政法院選任鑑定人或囑託機關、學校、團體、從事學術研究之人陳述或審查鑑定意見如需鑑定費用，…；如該鑑定人或機關、學校、團體、從事學術研究之人**無收費標準之規定**，而又需支給者，應由該鑑定人、機關、學校、團體或從事學術研究之人**於鑑定前填具行政訴訟鑑定事件申請鑑定費用報告表**（如附件、圖二）或提出**總費用數額之請求**，由審判長或承辦法官審查後送會計室，報

（附件）

最高行政法院/○○高等行政法院高等行政訴訟庭/地方行政訴訟庭

行政訴訟鑑定事件申請鑑定費用報告表

鑑定人姓名或學校、機關團體		住所或所在地		身分證明文件字號或統一編號		機關首長	
案由		案號		股別			
鑑定事項						審判長或承辦法官	
所需鑑定費用							
物品名稱	數量	單位	單價	總價	說明	主辦會計人員	
						申請人	
申請金額	新臺幣	拾	萬	仟	佰	拾	元整
核定金額	新臺幣	拾	萬	仟	佰	拾	元整

說明：本報告表由鑑定人填寫並簽名蓋章，檢同有關單據送審判長或承辦法官及會計室報請院長核章後命當事人向鑑定人繳納。

圖二 行政訴訟鑑定事件申請鑑定費用報告表（圖片來源：《行政訴訟裁判費以外必要費用徵收辦法》第 10 條第一項附件）

請院長或其授權代簽人核准後，命當事人向該鑑定人或機關、學校、團體、從事學術研究之人繳納取據為證。」第二項：「前項繳納之費用，如有不足支付之情形，仍得命當事人向該鑑定人或機關、學校、團體、從事學術研究之人再行補繳；如有餘額，應辦理發還之。」

參考《訴願法》第69條第二項：「受理訴願機關認無鑑定之必要，而訴願人或參加人願自行**負擔鑑定費用**時，得向受理訴願機關請求准予交付鑑定。受理訴願機關非有正當理由不得拒絕。」第三項：「鑑定人由**受理訴願機關指定**之。」同法第72條第一項：「鑑定所需費用由受理訴願機關負擔，並得**依鑑定人之請求**預行酌給之。」第二項：「依第六十九條第二項規定交付鑑定所得結果，據為有利於訴願人或參加人之決定或裁判時，訴願人或參加人得於訴願或行政訴訟確定後三十日內，請求受理訴願機關償還必要之鑑定費用。」換言之，訴願人或參加人願**自行負擔鑑定費用**時，若其鑑定意見「有利於訴願人或參加人之決定或裁判」時，得於訴願或行政訴訟確定後三十日內，請求受理訴願機關償還必要之鑑定費用。問題是：由**受理訴願機關指定**之鑑定人，有可能做出有利於訴願人或參加人的意見嗎？如果想「繼續被指定」…的話。此外，《司法院及所屬機關訴願審議委員會審議規則》第14條：「受理訴願機關對訴願人或參加人依本法第六十九條第二項規定請求自行負擔鑑定費用交付鑑定，而有下列情形之一者，得予拒絕，並於理由中敘明：一、請求鑑定事項非屬專門性或技術性者。二、相同事項於另案已交付鑑定，訴願人或參加人未提出新事實或新理由者。三、原行政處分機關已交付鑑定，訴願人或參加人未提出新事實或新理由者。四、申請鑑定事項與訴願標的無關者。五、有其他正當理由者。」難道這就是列舉式的「正當理由」？

本案如屬**撤銷訴訟**或**課予義務訴訟才需先經訴願程序**，見下一題解答。

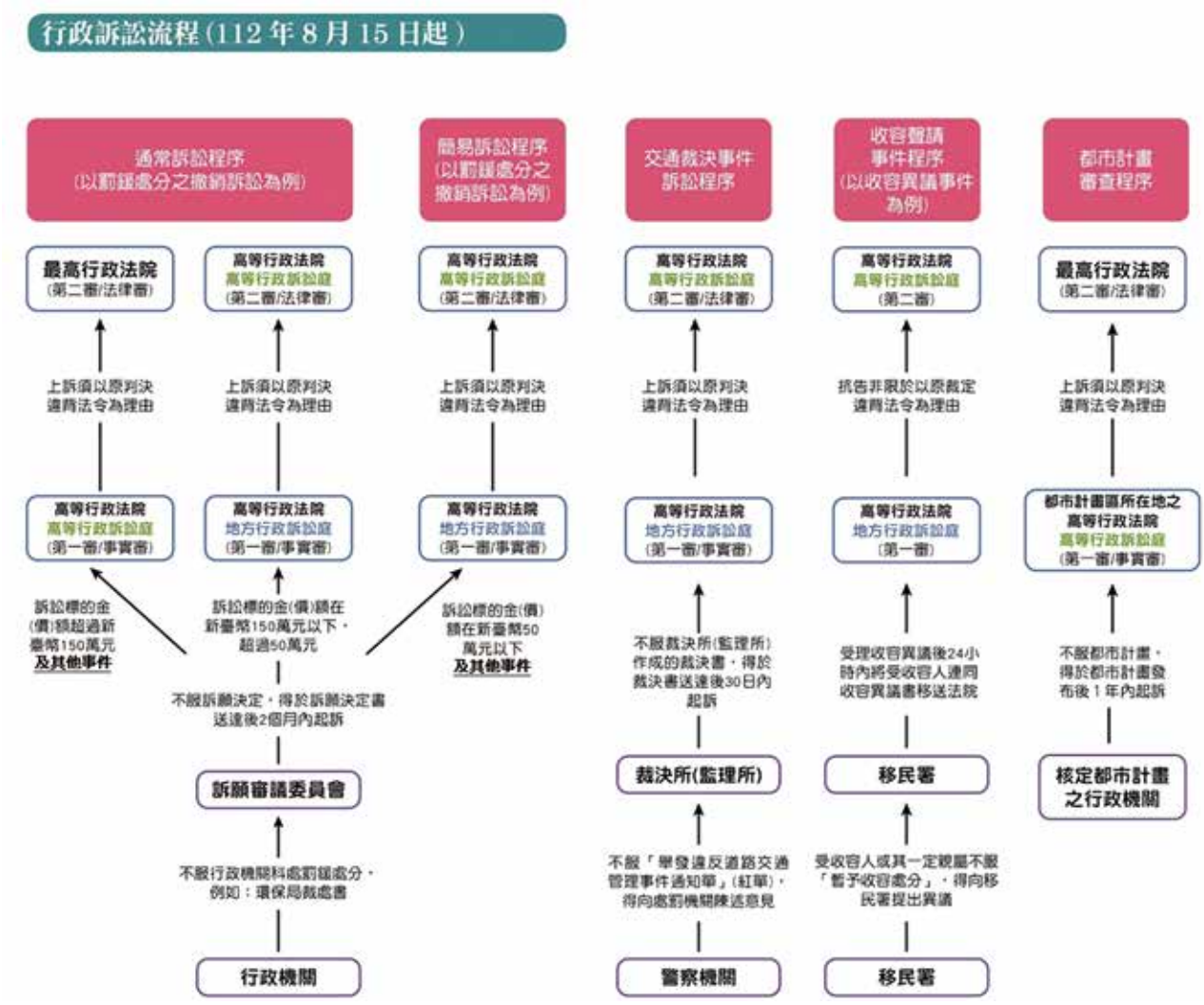
問題❹：本案件屬於「行政訴訟」中…哪一種訴訟？

解　答：行政訴訟的目的，在於保障人民權益，確保國家行政權的合法行使，依《行政訴訟法》第2條的規定，在公法上的爭議，除法律別有規定以外，即得依本法提起行政訴訟。行政訴訟的種類可分為**撤銷訴訟**、**一般給付訴訟**、**課予義務訴訟**及**確認訴訟**；除法律別有規定外，**提起撤銷訴訟及課予義務訴訟都必須先經訴願程序**。112年8月15日施行之行政訴訟堅實第一審新制（圖三），取消各地方法院行政訴訟庭，改於高等行政法院分設「地方行政訴訟庭」及「高等行政訴訟庭」。地方行政訴訟庭受理原由各地方法院行政訴訟庭管轄之事件，及訴訟標的金（價）額新臺幣150萬元以下之稅捐、罰鍰或其附帶之裁罰性、管制性不利處分、其他公法上財產關係訴訟的第一審通常訴訟事件。高等行政訴訟庭則受理原由高等行政法院管轄之事件，及地方行政訴訟庭通常程序事件的上訴抗告事件。新制維持既有審級，不影響人民的審級利益；並以「巡迴法庭」、「線上起訴」、「遠距審理」等配套措施，兼顧人民訴訟便利性。（參考「認識行政訴訟」，司法院，網址：https://www.judicial.gov.tw/tw/cp-85-349539-37538-1.html瀏覽日期：2025/04/19。）

通常訴訟程序事件：…訴訟標的金額或價額超過150萬元及其他事件：以高等行政法院高等行政訴訟庭為第一審管轄法院。對於高等行政法院高等行政訴訟庭之判決不服者，以原判決違背法令為理由，上訴於最高行政法院。（註：行政訴訟法第104-1條第一項：「適用通常訴訟程序之事件，以高等行政法院為第一審管轄法院。但下列事件，以地方行政法院為第一審管轄法院：…三、其他關於公法上財產關係之訴訟，其標的之金額或價額在新臺幣一百五十萬元以下者。…」）據悉本案訴訟標的金額超過600萬，故由高等行政法院為第一審管轄法院。其次，如果屬於「**一般給付訴訟**」案件，可以不經過「**訴願程序**」；如果屬於「**撤銷原核刪行政處分**」案件，必須經過「**訴願程序**」。個人經驗：**撤銷訴訟**不容易勝訴！（因為行政機關的行政處分一定沒錯？）

憲法第十六條規定，人民之訴訟權應予保障，旨在確保人民於其權利受侵害時，得依法定程序提起訴訟以求救濟。中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有**行政契約**之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件，依中華民國87年10月28日修正公布之《行政訴訟法》第二條：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第八條第一項：「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生**財產上之給付**或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起**給付訴訟**。因公法上契約發

生之給付，亦同。」規定，應循行政訴訟途徑尋求救濟。保險醫事服務機構與中央健康保險局締結前述合約，如因而發生履約爭議，經該醫事服務機構依全民健康保險法第五條第一項所定程序提請審議，對審議結果仍有不服，自得依法提起行政爭訟。（大法官釋字第533號解釋：「健保局與醫療機構履約爭議之救濟程序？」解釋文，民國90年11月16日。）



圖三　112年8月15日起行政訴訟流程（圖片來源：司法院認識行政訴訟）

《「副/福」業回顧》-21
日據時代的醫學教育(7)—
台灣人到韓國及英美體系醫學校習醫

美國St. Louis大學及Glennon樞機主教兒童醫學中心小兒科 朱真一

前言

這《「副/福」業回顧》系列，回顧醫學院畢業後，小兒科及小兒血液/癌瘤組以及學術研究的訓練後，在St. Louis大學小兒科服務時，因為主任突然逝世，改變自己的研究計劃，開始有真正的業餘時間，探討自己有興趣的台灣歷史文化，以及醫學人文的「副/福」業[1-2]，最近一年多在本刊回顧自己探討台灣醫學史的歷程、感觸及新發現等。

回顧探討台灣現代醫學的進展，從馬偕的生涯及貢獻[3]，早期來台灣的歐美醫師種種貢獻[4,5]。藉著討論日據時代的「正式」醫學校教育，從土人醫師養成所，醫學專門學校，再到台北帝國大學醫學部等的演變[6]。只佔台灣人口不到6%的日本人，台灣醫學校有保障名額，一半略多些，台灣人讀醫受歧視。

因台灣人習醫機會少，促進很多台灣人到島外（外地）習醫。幾期前討論台灣人到日本[7]，以及到中國習醫[8,9]，這裏講的中國，包括滿洲國及日本在中國租借及占領地的醫學校。其實除了中日兩國外，台灣醫師有不少人去東南亞行醫，主要因為語言及血緣關係，華僑在東南亞很多。

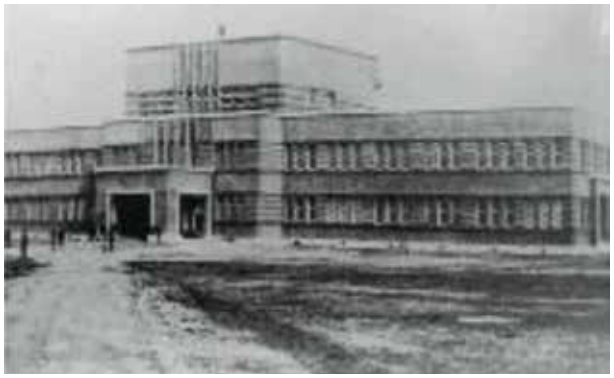
可是沒找到有台灣人在到東南亞習醫，假如有，最多可能也是零星一兩人，相信語言是最大的問題。歐美國家，在東南亞等殖民地，就像日本殖民台灣時，或如日本在中國租借地/租界/占據地，醫學校都使用日語教學。歐洲各國在東南亞殖民地的醫學教育，可能仍使用英、法、荷蘭等歐美語言教學，或許有些使用當地的語言，對台灣人都有困難。

台灣日據時代，韓國也同時被日本殖民，跟台灣及不少上兩期討論，在中國的醫學校一樣，主要用日語教學。雖很少，不過找到有些台灣人，到歐美或其殖民地區的醫學校讀醫。有幾位到美國的醫學校，有位到香港大學醫學院，還有位到北京就讀美國基金會設立的協和醫學院，可是沒找到有人去，上幾期曾討論，中國全用英文教學的英美式醫學校，如北洋醫學館及廣州博濟醫學堂[10]。這些日據時代，台灣人接受英美式的醫學教育的歷史，人數雖少可能很有意義。下面來討論台灣人到韓國及兩位到亞洲的英美式醫學校習醫的前輩。

台灣人到韓國醫學校習醫

台灣日據時代，韓國同樣是日本的殖民地，雖然台、韓人民很少直接來往，可是還是有人去韓國讀醫。又為什麼韓國的醫學校中，只有京城、平壤（圖一）及大邱三醫學專門學校，以及京城帝國大學醫學部（圖二），有一些台灣人畢業學生。在《臺灣史研究》期刊上，陳娅湲有篇長文[11]，討論台灣人到韓國學醫的歷史故事。看了後才知道，留學韓國習醫的典故很有趣。

到底有多少台灣人在韓國醫學校畢業？從戰後台灣各類的醫療名冊中，陳文找到畢業於韓國醫學校的人數如下：平壤醫學專門學校12名，京城醫學專門學校13名，大邱醫學專門學校5名及京城帝國大學醫學部3名。後來她去查官方的正式資料，上述各校分別是11、12、3及3名。因為醫療名冊是自己呈報，顯然有人



圖一 1931年的平壤醫學專門學校（維基百科上說是「1931年平壤醫學大學」，其實那時代，還不是醫學大學，校名是「平壤醫學專門學校」，謹謝維基百科提供此圖及以下各圖）

圖二 京城帝國大學（1926年4月-1946年8月）1946年停辦後，資源重新整頓，改制成以後的首爾大學。

造假，尤其是造假頂尖的京城帝大醫學部。醫師名冊中，京城帝大醫學部畢業的三名中，有兩位是自己報假學歷。

其中一位，其實根本沒資格考帝大醫學部，他的確到韓國去，不過考上韓國的限地醫，甚至還到韓國偏僻地方當限定醫，推測他想以後可以報考「朝鮮醫師試驗」，成為正式醫師，可回台灣執業。他戰後回台灣，自己報上京城帝大醫學部畢業的假學歷。京城帝大是韓國最頂尖的醫學校，不過的確有三位，考進去而且畢業。那年這三位考進京城帝大醫學部，可說是巧合的機遇。1936年因制度改變，那年韓國京城帝大沒有預科生以及高等學校畢業生，只好收日本及台灣高等學校畢業生，錄取的32位中，只有兩位韓國人，三位台灣人，其他都是日本人。

韓國當時不止這四個醫學校，台灣人只進這四家醫學校，而且幾乎都是1935年以後才進去。原來日本政府，於1935年才批准，這四所醫學校的畢業生，在韓國、日本本土及台灣都具有醫師資格，可開業行醫。陳文中有12位京城醫專畢業生的戰後動向，一位戰後不久後，四位則在1976年移居日本行醫。

台灣人去韓國讀醫的，大部分跟韓國社區及人物沒交流。因教學用日語，不必也沒想學韓語，主要是為有醫師資格可回台灣行醫，一畢業就離開韓國。去韓國習醫，主要因台灣醫學校難考進，另一大原因是在韓國讀醫，比到日本便宜得很多。從上面的討論全部大約30人。不同於到日本及中國習醫者，到韓國學醫的沒人留在韓國，都回台灣或轉往日本，以及一位後來到美國。

英美式醫學校習醫

以前曾努力找早期（1945年第二次大戰結束前），到歐美習醫學或進修的台灣人醫師，

找到13位，其中有3位去美國醫學院就讀，1位到英國殖民地的香港大學醫學院，以及1位到北京的協和醫學院畢業。協和是由美國基金會設立的美國式醫學校，歐美人教授用英文教學。比起到日本千人以上，到中國的近300人，人數當然不能比，不過這些習醫者，還有其他幾位去英國或美國研究及進修，對台灣醫學可能很有意義！

日據時代的台灣醫學，主要師承德國，就是很多人說的「德日系統」醫學，所以討論日據時代，去習醫或進修英美式醫學教育，可能很有意義。因為二次大戰後，美國興起，台灣的醫學可說馬上翻轉成為美國醫學系統。

到英美醫學系統習醫的只有5位而已，這5位是1)劉清風、2)林德翰、3)王振明(James David King)、4)蔡愛禮及5)顏春輝等前輩。還有些台灣或日本醫學校畢業後，行醫、研究或教學有成，被官方派去或私人幫忙，去英、美國研究及進修，這些日據時代，到英美習醫或進修，對台灣現代醫學的發展，想會有重要的意義，值得討論。此節先來探討兩位台灣人在日據時代，在亞洲接受可說英美系統，用英文教學的醫學校習醫。

這5位的生涯，在幾本拙著中[12-14]，有較詳細的討論。以前討論過，早期（1945年以前）來台灣的歐美醫師，是由英國及加拿大長老教會來的。所以英美體系的「學徒式」醫學教育，比日據時代的的德日體系醫學更早來台灣。下面先來討論的兩位在亞洲的英美式醫學校習醫的台灣人，兩人有類似出身，但走不同路徑。

圖三　顏春輝先生

顏春輝北京協和畢業，貢獻台灣及世界公共衛生界

顏春輝是台南洋醫顏振聲的兒子，顏振聲在新樓醫館跟宣教師醫師以「學徒式」方式習醫，後來在台南開業，還曾擔任過新樓病院院長。顏春輝在台南長大，於1919年入學「長老教中學校」。中學畢業前，剛好協和醫學院教授及婦產科主任，馬約翰(Dr. John Maxwell)醫師到台南訪問，他是第一位來台服務的馬雅各醫師(Dr. James L. Maxwell)的兒子，他建議顏春輝去協和醫學院讀醫。長老教會中學校一畢業，他就去中國，以後轉讀燕京大學接辦的醫預科，再到北京協和醫學院正科四年。

協和醫學院Peking Union Medical College（圖四），於1917年由美國洛克菲勒基金會(Rockefeller Foundation)創立，完全依照美國的體制，修完四年大學醫預科後，才能進入正

圖四　協和醫學院大樓

科四年。幾乎全都是歐美人士用英文教學。在1932年從協和畢業時，除了有中國的醫學士學位，同時獲美國紐約州醫學博士的MD(Doctor of Medicine)學位。

畢業後他留校研究及教學細菌學，1937年他去多倫多大學的衛生學院(School of Hygiene, University of Toronto)一年，他得到DPH學位，D是Diploma（證書），不是Doctor學位，在這學校修公共衛生學一年，可拿到DHP專家證書。返回中國後，繼續在協和醫學院教學及研究。

協和醫學院1942年解散，併入北京大學，他改到北京大學醫學院細菌科。戰後回台灣，於1947年擔任台灣衛生處處長。擔任處長時，正逢台灣戰後，日本制度失落，新轉換的中華民國體制十分混亂期間，幸虧他有台灣及中國的醫療制度經驗，而且畢業於美國系統醫學院，以及加拿大的公共衛生學，對重建台灣公共衛生體系，如各縣市及鄉鎮成立衛生院及衛生所，台灣當時的各種傳染病，能逐漸控制而有大貢獻。他從前多元化的教育、接觸及經驗，在這關鍵時機，可說有很重要的意義！

1963年應世界衛生組織(WHO)之邀，到東西巴基斯坦及埃及等地方工作，然後到馬尼拉的世界衛生組織，西太平洋分署工作多年。1971年再應政府的徵召，離開世界衛生組織，返回台灣籌組衛生署，並就任行政院衛生署的首任署長至1974年。以後在當時各醫學院，擔當公共衛生教學及顧問。一生致力於細菌學的教學研究，以及在台灣及世界公共衛生界貢獻所學。

蔡愛禮醫師

蔡愛禮醫生是台南人，父親蔡得一醫師跟上述的顏振聲前輩一樣，跟教會宣教師醫師，以「學徒式」習醫的早期洋醫。蔡愛禮生於1905年，他的哥哥蔡愛義，曾就讀同志社中學，後來上日本大阪醫科大學畢業，後來回台南開業行醫，其弟蔡愛智牧師是神學碩士/博士，在西雅圖的日本組合教會當牧師31年，當過西雅圖台灣同鄉會會長，及籌辦台灣教會，跟台灣社區有密切來往。曾於1990年代曾請教他，當時年紀已大，他還寄來他的經歷及相片等資料。

蔡愛禮醫師的中學教育不知道在哪裏，是顏春輝讀過長老教會中學校？日本同志社中學名單上沒有他，還有可能跟好友劉吶鷗一樣，讀日本青山學院中學部？以後到上海讀聖約

圖五 香港大學醫學院，現改名為：香港大學李嘉誠醫學院

翰大學。1927年考上香港大學醫學院，這醫學院前身就是孫中山就學的香港西醫學院(The Hong Kong College of Medicine for Chinese)，是來過台灣5年的熱帶醫學之父萬巴德(Sir Patrick Manson)所創辦的醫學校。後來於 1912年演變成香港大學的醫學院，台灣人只有蔡愛禮一人，戰前在香港大學的醫學院畢業。

1932年醫學院畢業後，在香港除了行醫外，並兼職醫學院解剖學科的研究及教學。看到一文說日本人占據香港時，因懂日語被叫到衛生課去任職，戰後又在香港行醫，1976年逝世。雖有人提到蔡愛禮曾留學英國，但文獻有人質疑，他兒子蔡曉陽醫師也畢業於港大醫學院，後來留學英國，以後回到香港行醫。

上幾期討論不少到台灣人到日本、中國，以及這期前半討論到韓國習醫，這些台灣、中國及韓國的醫學教育，基本上跟日本國內的醫學教育類似，就是所謂的「德日派」體系。很少數正式去英美醫學校習醫者，以及去進修的者，雖在在日據時代的影響較小，戰後美國醫學大興，台灣的醫學轉向美國體系，就如顏春輝前輩的各種教育及經驗，對台灣醫學及公共衛生反而有大影響。下期再來報導多位去美國本土醫學院習醫及進修的前輩們。

參考文獻

1. 朱真一：《副/福業回顧》1-有「緣」得福；回顧有「福」之業。台北市醫師公會會刊 2023；67(9) ：87-93。
2. 朱真一：《副/福業回顧》2-探討馬偕牧師誤會資訊的「緣」與「福」。台北市醫師公會會刊 2023；67(10) ：90-5。
3. 朱真一：《副/福業回顧》3-6-探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻1-4。台北市醫師公會會刊 1) 2023；67(11) ：86-92；2) 2023；67(12) ：87-93；3) 2024；68(1) ：89-94；4) 2024；68(2) ：85-90。
4. 朱真一：《副/福業回顧》7-10 -戰前來台醫療有關的歐美人士1-4。台北市醫師公會會刊1) 2024；68(3)：90-5；2) 2024；68(4)：85-9；3) 2024；68(5)：89-95；4) 2024；68(6)：89-95。
5. 朱真一：《副/福業回顧》11-14-戰前歐美醫師與醫學教育1-4。台北市醫師公會會刊 1) 2024；68(7)：85-9；2) 2024；68(8)：82-8；3) 2024；68(9)：89-95；4) 2024；68(10)：80-5。

6. 朱真一：《副/福業回顧》15-17-日據時代的台灣的醫學教育1-3。台北市醫師公會會刊1) 2024；68(11)：86-91；2) 2024；68(12)：90-5；3) 2025；69(1)：82-7。
7. 朱真一：《副/福業回顧》18-日據時代的台灣的醫學教育(4)：日本醫學校習醫的台灣人醫師。台北市醫師公會會刊 2025；69(2)：80-6。
8. 朱真一：《副/福業回顧》19-日據時代的醫學教育(5)：台灣人到中國習醫(一)。台北市醫師公會會刊 2025；69(3)：80-4。
9. 朱真一：《「副/福」業回顧》14-戰前歐美醫師與醫學教育(4)：英文醫學教育方案的發展。台北市醫師公會會刊 2024；68(10)：80-5。
10. 陳妊湲：放眼帝國伺機而動；在朝鮮學醫的台灣人。台灣史研究 2020；19(1)：87-140。在https://ir.sinica.edu.tw/handle/201000000A/69124?locale=zh_TW
11. 朱真一：台灣早期留學歐美的醫界人士。2004；望春風文化，台北市。
12. 朱真一：從醫看早期台灣與歐美的交流（一）。2007；望春風文化，台北市。
13. 朱真一：府城醫學史開講。2013；心靈工坊文化，台北市。

營養好食事

文字來源/圖片來源：農業兒童網

海鮮是很優質的蛋白質食物來源，它們擁有和陸地生物不一樣的結構組成和營養成分，不過想要把海鮮融入平常的飲食之中要注意的部分卻也不少，因為隨著環境的變遷、海水污染，許多海鮮會面臨被污染的問題，加上海鮮較不好保存、烹調衛生問題、容易產生過敏等等，也使得很多人對海鮮敬而遠之。

許多人也都知道吃海鮮的好處多多，魚肉不僅比禽畜肉更好消化，也擁有禽畜肉所缺乏的不飽和脂肪酸，能帶給身體莫大的益處，如果能夠將海鮮融入平時的飲食之中，不論是對成年人的健康或是小朋友的生長發育，都是很有幫助的！

以營養成分而言，海鮮大致分成白肉魚、油性魚及貝類，一起來認識這三類海鮮的營養價值和常見水產品，並說明小朋友食用時的注意事項吧！

白肉魚的營養

白肉魚，顧名思義，就是任何具有白肉的魚種，如鱈魚、比目魚、虱目魚、臺灣鯛、鱸魚、石斑魚等。

白肉魚的油脂大多集中在肝臟，肉的脂肪含量較低、蛋白質的比例相對較高，若想攝取高蛋白質又不想吃到過多的油脂，白肉魚就是一個很好的蛋白質來源！除了巨量營養素之外，白肉魚的微量營養素也不少，包含維生素B群、菸鹼酸、葉酸、膽鹼，以及礦物質鋅、鐵、鈣、碘。維生素B群是幫助營養素代謝的重要推手，膽鹼能夠幫助神經系統發育，而礦物質更是支持生長發育、建構骨骼不可或缺的營養素。

有一部分的白肉魚也是Omega-3脂肪酸的良好來源，如： 鱸魚、鯛魚、比目魚，但油脂含量低於油性魚。

油性魚的營養

油性魚是脂肪分佈在全身，肉中脂肪含量高的魚類，脂肪比例至少佔了總熱量的30%，如鮭魚、秋刀魚、沙丁魚、鰻魚、鯖魚等等，有些較大型的油性魚屬於食物鏈的中上層魚類，則較容易累積污染物在體內。

雖然脂肪含量高，但油性魚的脂肪是以Omega-3脂肪酸為主，也富含脂溶性維生素A、D。Omega-3脂肪酸對於心血管保護、預防乾眼症、降低全身性發炎反應，對於兒童神經、腦部發育都有很大的幫助；維生素A也是保護視力的營養素，在這種3C的時代特別需要；維生素D則是協助建構免疫系統、保持骨骼強健、幫助生長發育的重要營養素。

貝類的營養

貝類，也就是帶殼的海產類，包括文蛤、牡蠣、淡菜、扇貝、魷魚，以及蝦蟹等，貝類相較於魚類，其脂肪含量極低，大約只佔總熱量的20%，但都以多元不飽和脂肪酸為主，相對的蛋白質含量極高，貝類的營養價值在於豐富的微量營養素，是礦物質硒、鋅、鐵、碘、銅，以及維生素B12的重要來源。

鋅更是成長發育中的兒童不可或缺的，對於免疫功能、細胞膜結構和功能、性器官和骨骼發育至關重要，在牡蠣中尤其有含量極高的礦物質鋅。對從小吃海鮮素的人，貝類就是很好的維生素B12來源，能夠維持神經發育及幫助合成紅血球的營養素。若要選擇低熱量、高蛋白質、豐富微量營養素的食物，非貝類莫屬！

▲海鮮營養多，比禽畜肉更好消化。（photo/漁業署）

▲虱目魚是白肉魚的一種喔。

▲秋刀魚屬於油性魚。（photo/漁業署）

▲蚵仔蛋白質含量高。

重要政令轉知會員

114年度「成為代謝症候群厝邊健康守護者」基層診所獎勵活動

臺北市政府衛生局 114.02.17 北市衛健字第1143070966號

受文者：台北市醫師公會

主旨：敬邀貴診所踴躍參加本局114年度「成為代謝症候群厝邊健康守護者」基層診所獎勵活動，請查照。

說明：

一、衛生福利部國民健康署與衛生福利部中央健康保險署自111年合力推動「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，透過醫師專業指導，早期管理代謝症候群，協助民眾改善代謝症候群，以降低後續三高等慢性病發生。

二、為鼓勵本市「全民健康保險代謝症候群防治計畫」診所執行收案管理，爰辦理旨揭獎勵活動（如附件）。活動說明如下：

(一) 實施對象：臺北市參與全民健康保險代謝症候群防治計畫之西醫診所。

(二) 評比期間：依衛生福利部國民健康署提供114年「全民健康保險代謝症候群防治計畫篩檢統計表」進行評比。

(三) 獎項內容：

1、收案精進獎。

2、分組：

(1) 第一組：113年管理人數1至29人者。

(2) 第二組：113年管理人數30至59人者。

(3) 第三組：113年管理人數60人以上者。

3、評比內容：需較去年管理增加收案達≧30%，第一組、第二組及第三組分別取前10名、15名及20名依序予以獎勵。

4、收案年度獎：依113年或114年已加入代謝症候群防治計畫且收案人數200人以上之診所，獎項分為以下內容：

(1)收案年度金獎。

(2)收案年度銀獎。

(3)收案年度銅獎。

5、評比內容：依114年執行代謝症候群收案量排序（至少200名），依序予以前三名獎勵。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

疾病管制署修訂Moderna JN.1 新冠疫苗「單劑型用於滿6個月至11歲幼童接種0.25毫升」及「長者與免疫不全者再增加接種1劑」規定

臺北市政府衛生局 114.02.25 北市衛疾字第1143074138號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部疾病管制署修訂Moderna JN.1 新冠疫苗「單劑型用於滿6個月至11歲幼童接種0.25毫升」及「長者與免疫不全者再增加接種1劑」規定，請貴院（所）遵循辦理，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）114年2月21日疾管防字第1140200142號函辦理。

二、114年1月22日衛生福利部傳染病防治諮詢會流感防治組及預防接種組(ACIP)聯席會議決議，「將部分Moderna JN.1 新冠疫苗單劑型（0.5毫升）用於滿6個月至11歲幼童接種0.25毫升，且依感染管制原則，建議採『單劑型排掉半劑量後接種剩餘0.25毫升劑量使用』」。

三、旨揭措施於114年2月26日起實施，操作注意事項如下：

(一) 為簡化本市院所作業，本局將統一於幼兒疫苗標記0.25毫升，並於外盒（袋）標示「幼童0.25毫升使用」，請收取後與成人劑型分開放置，避免異常接種。

(二) 於接種前，務必排掉半劑量後再接種剩餘0.25毫升，以確保幼童接種品質及安全，如對象為出生滿6個月以上至國小未入學校兒童請登錄至兒童健康手冊。

(三) 倘於排掉半劑量過程操作不慎致未足0.25毫升，另取1支使用致疫苗毀損，以無需賠償核處，惟仍應填報「毀損疫苗（無需）賠償案件報告表」予本局研判。

(四) 請確實正確登錄接種紀錄，單劑型皆以1劑為最小單位進行疫苗消耗結存回報，並每日應運用API介接或透過全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)子系統上傳疫苗接種資料及庫存回報，以利資料統計、處置費核算與接種紀錄保存與查詢。

四、疾管署另將針對長者及免疫不全者等對象，與第一劑JN.1新冠疫苗間隔至少6個月，再增加接種1劑；並預定於114年4月8日起實施，對象如下：

(一) 65歲以上長者。

(二) 55歲以上原住民。

(三) 出生滿6個月以上且有免疫不全以及免疫力低下患者：

1. 目前正進行或1年內曾接受免疫抑制治療癌症患者。

2. 器官移植患者/幹細胞移植患者。
3. 中度/嚴重先天性免疫不全患者。
4. 洗腎患者。
5. 人類免疫缺乏病毒感染患者。
6. 目前正使用高度免疫抑制藥物者（含高劑量類固醇,alkylatingagents, antimetabolites, transplantrelated immunosuppressive drugs, cancer chemotherapeutic agents, tumour necrosis factor(TNF) blockers等）。
7. 過去6個月內接受化學治療或放射治療者。
8. 其他經醫師評估免疫不全或免疫力低下者。

五、檢附「113-114年JN.1 COVID-19疫苗接種計畫」1份（如附件），相關資訊同步公布於疾管署全球資訊網/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第四類法定傳染病/新冠併發重症/COVID-19疫苗項下提供運用，請密切注意更新訊息。

六、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

為確保輸注液藥品穩定供應，重申醫療機構儘速與國內相關廠商簽訂合約

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.05 全醫聯字第1140000263號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函知，為確保輸注液藥品穩定供應，重申醫療機構儘速與國內相關廠商簽訂合約，請查照並轉知所屬會員。

說明：

一、依衛生福利部114年2月26日衛授食字第1141411526號函辦理。

二、查永豐化學工業股份有限公司新莊工廠已於113年11月27日獲准恢復生產供應生理食鹽水注射液（軟袋）及生理食鹽水沖洗液（軟袋），本會於113年12月20日以全醫聯字第1130001583號函知，諒達。

三、目前國內輸注液廠商均已增加生產相關輸注液藥品，考量輸注液之生產數量及時程，廠商需視醫院訂單進行排產，並優先供應予其合約客戶，故為確保國內輸注液長期穩定供應，並回歸自由市場機制，請轉知所屬會員，請各醫療院所儘速向國內輸注液廠商簽訂合約(各品項可供應之廠商清單（如附件），以利製造廠規劃生產，確保藥品穩定供應。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

疾病管制署修訂「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」，請務必於用藥後7日內至智慧防疫物資管理資訊系統回報

臺北市政府衛生局 114.03.05 北市衛疾字第1143074976號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關衛生福利部疾病管制署修訂「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」，請貴院所務必於用藥後7日內至智慧防疫物資管理資訊系統回報，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）114年2月25日疾管防字第1140200141號函辦理。

二、為落實公費COVID-19口服抗病毒藥物管理，領用方案修訂重點說明如下：

(一) 每年度進行合約機構實地查核，如經查核發現有不符合規定或有缺失者，應限期改善，並列入下一季複查對象，持續追蹤至所有不合格項目均已確實完成改善。

(二) 旨揭領用方案「COVID-19口服抗病毒藥物查核表」及「COVID-19口服抗病毒藥物合約機構查核結果彙整表」，新增「用藥後7日內回報」之查核項目。

三、如貴院所有公費藥物領用需求，請填寫公費COVID-19抗病毒藥劑領用單，並於每週二、五上午9時至中午12時及下午2時至5時攜帶正本及請領人身分證明文件至本局疾病管制科領取（臺北市萬華區昆明街100號6樓）。如有調撥、緊急領藥及藥劑問題，請洽本局承辦窗口陳先生（連絡電話：02-2375-9800轉1962）。

四、本文相關訊息刊登於本會網站。

國民健康署「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之檢驗醫事機構資格審查通過名單

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.06 全醫聯字第1140000289號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之檢驗醫事機構資格審查通過名單，請協助轉知所轄院所，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部國民健康署114年2月27日國健癌字第1140360278號函辦理。

二、此次新增4家審查通過之檢驗醫事機構（序號52至55），詳如附件。

三、旨揭名單可至衛生福利部國民健康署網站查閱與下載運用（ 首頁 >健康主題 >預防保健 >癌症防治相關>核可醫事機構名單及表單）。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

國民健康署為推動代謝症候群防治計畫，提供相關衛教素材，請協助推廣並多加利用

臺北市政府衛生局 114.02.25 北市衛健字第1143077429號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署為推動代謝症候群防治計畫，提供相關衛教素材，請協助推廣並多加利用，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部國民健康署（簡稱健康署）114年3月5日國健慢病字第1140660190號函辦理。

二、健康署製作相關衛教素材電子檔，已置於健康署健康九九+網站，說明如下：

(一) 代謝症候群外食篇短影片網址：https://health99.hpa.gov.tw/material/8823

(二) 代謝症候群外食篇懶人包網址：https://health99.hpa.gov.tw/material/8820

(三) 代謝症候群防治宣導影片-檢吃動網址：https://health99.hpa.gov.tw/material/8819

(四) 預防糖尿病前期影片-空腹血糖篇網址：https://health99.hpa.gov.tw/material/7304

二、本文相關訊息刊登於本會網站。

疾病管制署規劃調整流感疫苗接種處置費核付方式所提建議

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.07 全醫聯字第1140000290號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部疾病管制署函覆本會就該署規劃調整流感疫苗接種處置費核付方式所提建議，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部疾病管制署114年3月3日疾管新字第1140400141號函辦理。

二、衛生福利部疾病管制署前於113年12月12日函知擬規劃調整流感疫苗接種處置費核付方式，並

請本會提供建議。本會於114年1月9日召開「疾管署調整流感疫苗接種處置費討論會議」，並依會議結論於1月14日以全醫聯字第1140000056號函覆本會意見供疾管署參考，副本諒達。

三、疾管署於114年3月3日函覆本會所提建議（如附件），請轉知所屬會員參考。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

衛生福利部疾病管制署 函

主旨：有關貴會就本署規劃調整流感疫苗接種處置費核付方式所提建議，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴會114年1月14日全醫聯字第1140000056號函。

二、有關貴會依本(114)年1月9日召開「疾管署調整流感疫苗接種處置費討論會議」結論，就本署規劃改以醫療院所於全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)上傳之流感疫苗接種資料，作為接種處置費核付依據（下稱NIIS申報核付機制）所提相關建議，本署說明如下：

(一) 建議本署補助醫療院所以HIS系統介接至NIIS系統產生之資訊更新費用：囿於本署年度預算有限，已無額外公務預算可補助相關費用。

(二) 僅院外大規模接種服務採用NIIS申報核付機制：本署業納入規劃方案之一研議，惟經洽衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）說明，對於同一委託代辦案件（如：流感疫苗接種處置費），目前費用核付方式無併行作法，皆為擇一辦理。若採院內健保申報核付、院外NIIS申報核付之併行方式，可能使醫療院所作業紊亂，增加接種高峰期行政負擔，且將衍生醫療院所重複申請之疑義及後續追扣費用風險。

(三) 核付時程比照現行健保署代收代付費用之時程：經洽健保署說明，對於委託代辦案件與一般醫療費用，訂有不同之核付作業流程。改採NIIS申報核付，該署自收到本署函送之核付清冊後，約需2-3週始能將費用撥入醫療院所帳戶。依本署規劃於次月5日結算前月醫療院所於NIIS上傳之接種資料，加計健保署辦理委託代辦案件之必要行政作業時間，自接種資料上傳起至費用撥入醫療院所帳戶，共約需3週至2個月，尚難依貴會建議核付時程辦理。

三、本案原規劃方案係參考各界意見，期可透過調整為NIIS申報核付作法，使接種處置費核付方式趨於一致，並簡化第一線人員作業負擔。感謝貴會及所屬會員長期以來對本署防疫政策之支持，以及就本案政策規劃提供回饋建議，本署上開回應說明請貴會惠予協助轉知所屬會員，並請協助與會員溝通及取得共識，俾本署作為評估流感疫苗接種處置費核付方式調整之參考。未能取得共識前，則維持現行核付方式不變。

疾病管制署愛滋及結核病防治之數位課程、衛教圖卡與防治宣導影片，請廣為宣導運用。

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.10 全醫聯字第1140000310號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部疾病管制署愛滋及結核病防治之數位課程、衛教圖卡與防治宣導影片，請轉知所屬會員廣為宣導運用，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部疾病管制署114年3月6日疾管慢字第1140300099號函辦理。

二、旨揭完成更新之數位課程主題包括「因職業執行業務時，如何保護自己免於愛滋病等血液傳染疾病感染」、「愛滋病毒篩檢及暴露前預防性投藥(PrEP)-醫事機構版」及「長照機構結核病防治」，已置於「e等公務園+學習平臺」(https://elearn.hrd.gov.tw/mooc/index.php)；另提供「愛滋、淋病、梅毒、M痘及結核病防治」之衛教圖卡及宣導影片（連結如附件）。

三、其他宣導素材可至疾管署全球資訊網(https://www.cdc.gov.tw/)之傳染病與防疫專題>傳染病介紹>第三類法定傳染病>人類免疫缺乏病毒（愛滋病毒）感染或結核病>宣導素材項下查詢。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

特約醫事服務機構違規態樣請院所留意

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.12 全醫聯字第1140000316號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為發揮同儕制約精神，特此檢送114年1月2日至114年3月10日特約醫事服務機構違規態樣（如附表）併惠請各縣市醫師公會暨西醫基層醫療服務審查執行會各分會加強向院所宣導說明段事項，請查照。

說明：

一、特約醫事服務機構申報異常費用不僅遭致扣款等違約處分，亦連帶扣減西醫基層全體總額，影響總額成長率。

二、特約醫事服務機構應遵守《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第35條至第40條規定，尤以下列為首：

(一) 醫師應親自診斷病患提供醫療服務，或於符合《全民健康保險醫療辦法》第七條所定條件時，再開給相同方劑。

(二) 醫師應依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務。

(三) 避免以不正當行為或虛偽之證明報告或陳述，申報醫療費用。

三、依據「114年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條、(三)、1、(1)、(5)及《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會暨分會執行幹部自律管理守則》第三條與《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點》第三條規定，違反《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》而受終止特約或停止特約處分之特約醫事服務機構負責醫師及其他受處分醫師，如係西醫基層醫療服務審查執行會及各分會現任委員或審查醫藥專家，將予以解聘。

四、另檢附健保署函文違規診所內容（附件一~附件六）供參，請依「個人資料保護法」辦理，若要丟棄本文件，務請銷毀後丟棄，如函文內容有其他疑義請洽健保署承辦人。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

分區	院所違規態樣（摘要節錄）	處分條款（條文摘要節錄）	處分結果	處分月份
台北	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務等情事（附件一）。	管辦法第37條第1項第2款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣54,622元及扣減醫療費用之十倍金額 546,220元，合計 600,845元。	114年2月
北區	有「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」及「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」等情事（附件二）。	特管辦法第39條第3款及第4款規定，於特約期間有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用者，及其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約 1至3個月。	停約1個月，期間自114年2月1日起至114 年2月28日止，並予追扣虛報金額計21,996 元。	114年1月
北區	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事（附件三）。	特管辦法第37條第1項第2款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣醫療費用計6,951 元，扣減其醫療費用之10倍金額計69,510 元，共計76,461元。	114年1月

分區	院所違規態樣（摘要節錄）	處分條款（條文摘要節錄）	處分結果	處分月份
中區	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務暨非具醫事人員資格調劑等情事（附件四）。	特管辦法第37條第1項第2款及第 6款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，及容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	不給付醫療費用58,212 元；併扣減 10倍醫療費用582,120 元。	114年2月
南區	有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之情事（附件五）。	特管辦法第37條第1項第2款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣醫療費用計22,055 元，應扣減醫療費用之10 倍金額計 162,300元，合計 184,355元。	114年1月

衛生福利部修訂之「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構指定及作業規範」及修正對照表

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.13 全醫聯字第1140000332號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部修訂之「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構指定及作業規範」及修正對照表（如附件），並自114年3月12日起實施，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部114年3月12日衛授疾字第1140300078號函副本辦理。

二、修正重點略以：為增進人類免疫缺乏病毒感染者照護品質及醫療可近性，修訂旨揭規範第二、三、八、十二點內容。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

修正規定	現行規定	說明
一、衛生福利部（以下稱本部）為辦理人類免疫缺乏病毒指定醫事機構（以下稱指定醫事機構）之指定及作業等事宜，特依據人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第十六條訂定本規範。	一、衛生福利部（以下稱本部）為辦理人類免疫缺乏病毒指定醫事機構（以下稱指定醫事機構）之指定及作業等事宜，特依據人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第十六條訂定本規範。	無修正

修正規定	現行規定	說明
二、指定醫事機構應為全民健康保險特約醫事服務機構，依其提供醫療服務性質分類如下： (一) 醫院：應依「醫療機構設置標準」之分類規範提供人類免疫缺乏病毒感染者門診、住院或手術等醫療服務。 (二) 診所：應依「醫療機構設置標準」之分類規範提供人類免疫缺乏病毒感染者門診等醫療服務。 (三) 藥局：應依「藥局設置作業注意事項」設置，提供人類免疫缺乏病毒感染者符合「藥品優良調劑作業準則」之調劑服務。	二、指定醫事機構應為全民健康保險特約醫事服務機構，依其提供醫療服務性質分類如下： (一) 醫院：應依「醫療機構設置標準」之分類規範提供人類免疫缺乏病毒感染者門診、住院或手術等醫療服務。 (二) 診所：應設門診。 (三) 藥局。	依據「醫療機構設置標準」、「藥局設置作業注意事項」、「藥品優良調劑作業準則」酌修文字。
三、各類指定醫事機構應聘僱之相關人員資格和人數如下： (一) 醫師： 1.感染症或風濕免疫專科醫師，具有效期限內之專科醫師證書。但第七點第二款之醫事機構，不在此限。 2.符合上述資格之醫師，醫院應聘有專任一名以上，診所應有專任或兼任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (二) 護理人員： 1.具有效期限內之護理師（護士）證書。 2.醫院及診所應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (三) 愛滋個案管理師： 1.取得本部疾病管制署（以下稱疾管署）認可之專業學會，發給愛滋個案管理師證書，但第	三、各類指定醫事機構應聘僱之相關人員資格和人數如下： (一) 醫師： 1.感染科或風濕免疫科專科醫師，具有效期限內之專科醫師證書，且具次專科後診治愛滋病一年以上年資。但第七點第二款之醫事機構，不在此限。 2.符合上述資格之醫師，醫院應聘有專任一名以上，診所應有專任或兼任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (二) 護理人員： 1.具有效期限內之護理師（護士）證書。 2.醫院及診所應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (三) 愛滋個案管理師： 1.取得本部疾病管制署（以下稱疾管署）認可之專業學會，發給愛	一、文字酌修。 二、有關醫師相關資格，考量感染症或風濕免疫專科於臨床實習、專業知識或持續教育訓練課程皆有相關培訓，故刪除「且具次專科後診治愛滋病一年以上年資」條件。

修正規定	現行規定	說明
七點第二款之醫事機構及新就任之個案管理師，不在此限。新就任之個案管理師得於就任三年內取得前述證書。 2.符合上述資格之個管師，醫院應聘有專任或兼任一名以上。 3.每年應接受愛滋個案管理繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (四) 藥師/藥劑生： 1.具有效期限內之藥師/藥劑生證書。 2.醫院及藥局應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分） 以上，其中藥師/藥劑生接受愛滋治療藥品相關之課程時數不得低於四小時（學分）。 (五) 社會工作師： 1.具有效期限內之社會工作師證書。 2.醫院應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。	滋個案管理師證書，但第七點第二款之醫事機構及新就任之個案管理師，不在此限。新就任之個案管理師得於就任三年內取得前述證書。 2.符合上述資格之個管師，醫院應聘有專任或兼任一名以上。 3.每年應接受愛滋個案管理繼續教育訓練達十小時（學分）以上。 (四) 藥師： 1.具有效期限內之藥師證書。 2.醫院及藥局應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上，其中藥師接受愛滋治療藥品相關之課程時數不得低於四小時（學分）。 (五) 社會工作師： 1.具有效期限內之社會工作師證書。 2.醫院應聘有專任一名以上。 3.每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時（學分）以上。	三、有關藥事相關資格，考量目前部分指定藥局因原有藥師離職，僅由藥局負責人（為藥劑生）執業，為確保愛滋指定藥局服務之延續性，避免服務中斷影響感染者之服藥與健康權益，爰新增「藥劑生」之執業類別。
四、本規範所稱之繼續教育，須由合法立案之專業學術團體所舉辦，或由疾管署、地方主管機關製作之數位學習課程。若指定醫事機構自行辦理，該課程需經台灣愛滋病學會或台灣愛滋病護理學會認證；但第七點第二款之醫事機構，不在此限。 第三點所稱疾管署認可之專業學會，係指提具申請計畫書至疾管署，並經審核通過之專業學會。其所辦理之愛滋個案管理師認證考試，內容包含筆試及客觀臨床能力試驗。認證考試之結果，均須報送疾管署備查。	四、本規範所稱之繼續教育，須由合法立案之專業學術團體所舉辦，或由疾管署、地方主管機關製作之數位學習課程。若指定醫事機構自行辦理，該課程需經台灣愛滋病學會或台灣愛滋病護理學會認證；但第七點第二款之醫事機構，不在此限。 第三點所稱疾管署認可之專業學會，係指提具申請計畫書至疾管署，並經審核通過之專業學會。其所辦理之愛滋個案管理師認證考試，內容包含筆試及客觀臨床能力試驗。認證考試之結果，均須報送疾管署備查。	無修正

修正規定	現行規定	說明
五、指定醫事機構應提供之檢驗及藥品服務規範如下： (一) 醫院及診所： 1.應設本部認可之人類免疫缺乏病毒檢驗實驗室，或委由本部認可之檢驗機構提供人類免疫缺乏病毒檢驗服務。 2.依人類免疫缺乏病毒檢驗及治療指引，以及本部公告之相關藥品處方使用規範等，提供感染者相關醫療服務。 3.應配合防疫需要，提供感染者之就醫情形、預防性投藥服務等相關資料。 4.應提供該機構處方之抗人類免疫缺乏病毒藥品，或釋出抗人類免疫缺乏病毒藥品處方箋。 (二) 藥局： 應提供各類抗人類免疫缺乏病毒藥品，以受理各指定醫事機構開立之處方箋。	五、指定醫事機構應提供之檢驗及藥品服務規範如下： (一) 醫院及診所： 1.應設本部認可之人類免疫缺乏病毒檢驗實驗室，或委由本部認可之檢驗機構提供人類免疫缺乏病毒檢驗服務。 2.依人類免疫缺乏病毒檢驗及治療指引，以及本部公告之相關藥品處方使用規範等，提供感染者相關醫療服務。 3.應配合防疫需要，提供感染者之就醫情形、預防性投藥服務等相關資料。 4.應提供該機構處方之抗人類免疫缺乏病毒藥品，或釋出抗人類免疫缺乏病毒藥品處方箋。 (二) 藥局： 應提供各類抗人類免疫缺乏病毒藥品，以受理各指定醫事機構開立之處方箋。	無修正
六、指定醫事機構之感染管制及教育訓練如下： (一) 應訂定「醫事人員因執行業務意外暴露愛滋病毒之處理流程」，其中必須包含預防性用藥評估、費用支付方式及請假流程。 (二) 指定醫院每年應針對所屬員工辦理至少一場愛滋相關繼續教育訓練。 (三) 指定醫事機構對於其員工之就業場所、緊急應變措施、醫療及其他為保護員工健康及安全設備應妥為規劃，並採取必要之措施。	六、指定醫事機構之感染管制及教育訓練如下： (一) 應訂定「醫事人員因執行業務意外暴露愛滋病毒之處理流程」，其中必須包含預防性用藥評估、費用支付方式及請假流程。 (二) 指定醫院每年應針對所屬員工辦理至少一場愛滋相關繼續教育訓練。 (三) 指定醫事機構對於其員工之就業場所、緊急應變措施、醫療及其他為保護員工健康及安全設備應妥為規劃，並採取必要之措施。	無修正
七、指定醫事機構之指定作業程序，得以下列方式之一為之：	七、指定醫事機構之指定作業程序，得以下列方式之一為之：	無修正

修正規定	現行規定	說明
(一) 符合第二點至第六點之醫事機構，應備齊足茲證明符合本規範資格之一年內教育訓練時數證明及各類文件，函送地方主管機關；地方主管機關就轄區特性、醫療設施分布，醫院軟硬體及收治量能等，選擇適當之醫療院所，並於每年三、六、九、十二月底前向本部提報指定之。 (二) 地方主管機關經評估有指定醫事機構之必要者，由地方主管機關依權責輔導當地醫療院所完備醫療人員、設備及相關服務措施等，專案函送本部逕行指定之。	(一) 符合第二點至第六點之醫事機構，應備齊足茲證明符合本規範資格之一年內教育訓練時數證明及各類文件，函送地方主管機關；地方主管機關就轄區特性、醫療設施分布，醫院軟硬體及收治量能等，選擇適當之醫療院所並於每年三、六、九、十二月底前向本部提報指定之。 (二) 地方主管機關經評估有指定醫事機構之必要者，由地方主管機關依權責輔導當地醫療院所完備醫療人員、設備及相關服務措施等，專案函送本部逕行指定之。	
八、已受指定之醫事機構應於每年三月底前，依據第三點、第四點及第六點第二款，備妥前一年度相關人員及機構內愛滋相關繼續教育訓練等證明文件影本，函報本部備查。	八、已受指定之醫事機構應於每年二月底前，依據第三點、第四點及第六點第二款，備妥前一年度相關人員及機構內愛滋相關繼續教育訓練等證明文件影本，函報本部備查。	考量指定醫事機構備妥教育訓練證明文件需作業時程，並為避免相關計畫行政作業及資料提報時程過於集中，指定醫事機構向本部函報前一年度相關人員及機構內愛滋相關繼續教育訓練等證明文件之時間調整為每年「三月底前」。
九、對於感染者個人資料之蒐集、處理或利用，應遵守個人資料保護法、傳染病防治法以及人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例之相關規定。	九、對於感染者個人資料之蒐集、處理或利用，應遵守個人資料保護法、傳染病防治法以及人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例之相關規定。	無修正
一〇、指定醫事機構應提供感染者進行有關檢驗、預防及治療服務；若因軟、硬體設備不足，暫無法提供醫療服務，應協助感染者轉往其他指定醫事機構。	一〇、指定醫事機構應提供感染者進行有關檢驗、預防及治療服務；若因軟、硬體設備不足，暫無法提供醫療服務，應協助感染者轉往其他指定醫事機構。	無修正

修正規定	現行規定	說明
一一、基於防疫需要，指定醫事機構應依本部之要求，進行愛滋病毒感染者檢體收集之相關作業，並提供指定之感染者檢體，如有違反，則依傳染病防治法相關規定裁罰。 指定醫事機構應配合主管機關委託或指定辦理之服務事項，並因應疫情實施相關防疫措施等。	一一、基於防疫需要，指定醫事機構應依本部之要求，進行愛滋病毒感染者檢體收集之相關作業，並提供指定之感染者檢體，如有違反，則依傳染病防治法相關規定裁罰。 指定醫事機構應配合主管機關委託或指定辦理之服務事項，並因應疫情實施相關防疫措施等。	無修正
一二、指定醫事機構有下列情形之一者，本部得變更其指定： (一) 不符本規範之規定且情節重大者。 (二) 書面提具不為指定醫事機構之意思表示者，須經地方主管機關就轄區特性、醫療設施分布、醫事機構收治量能等，綜合評估後函報本部。	一二、指定醫事機構有下列情形之一者，本部得變更其指定： (一) 不符本規範之規定且情節重大者。 (二) 書面提具不為指定醫事機構之意思表示者。	為避免影響愛滋感染者就醫權益與醫療照護服務，新增書面提具不為指定醫事機構之意見者，須先經地方主管機關就所轄醫療資源及愛滋感染者醫療服務需求等進行綜合評估後函報本部。

為確實掌握親密關係暴力案件被害人風險，於通報家庭暴力案件時，應詳實填寫台灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)2.0（通報版）

臺北市政府衛生局 114.03.20 北市衛心字第1143080610號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為確實掌握親密關係暴力案件被害人風險，請轉知貴院所屬人員於通報家庭暴力案件時，應詳實填寫台灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)2.0（通報版），詳如說明，請查照。

說明：

一、依衛生福利部114年3月17日衛部心字第1141760674號函辦理。

二、旨揭評估表係為評估親密關係暴力案件之危險狀況，以作為擬訂安全計畫與輔導措施之基礎評估資料。如因故未能完成評估，應將未完成評估之題項保留空白，不可逕填「否」，並應於評估表最後「本案之重要紀錄或相關評估意見」處，註記現場評估情形或未能填答原因，以利後續主責社工瞭解評估表填寫時實際狀況。

三、檢附原函影本1份。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

衛生福利部「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條，於中華民國114年3月24日以衛部保字第1141260113號令修正發布。

中華民國醫師公會全國聯合會 114.03.28 全醫聯字第1140000386號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條，業經衛生福利部於中華民國114年3月24日以衛部保字第1141260113號令修正發布，請查照。

說明：

一、依衛生福利部114年3月24日衛部保字第1141260113C號函（附件）辦理。

二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

修正條文	現行條文	說明
第三條 本會議召開時，應邀請不具民意代表身分之下列代表參加： 一、主管機關代表一人。 二、專家學者二人。 三、被保險人代表二人。 四、雇主代表二人。 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。	第三條 本會議召開時，應邀請下列代表參加： 一、主管機關代表一人。 二、專家學者二人。 三、被保險人代表二人。 四、雇主代表二人。 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。	有關修正民意代表不得為本會議代表，說明如下： 一、我國憲法依現代國家統治模式採權力分立原則設計，係透過公權力分散設置，相互制衡，避免集中造成權力濫用。司法院釋字第四一九號解釋理由書：「…憲法上職位之兼任是否相容，首應以有無違反權力分立之原則為斷。一旦違反權力分立原則即屬違憲行為。…」即揭示此一原則。 二、民意代表肩負權力分立中有關立法權之行使，並代表民意監督行政機關，為避免行政與立法權限混淆，民意代表兼任職務自應遵守憲法上權力分立原則。 三、本會議代表依全民健康保險法第四十一條第四項授權，召開會議擬訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，代表透過會議進行意見交流，形成政府政策之法令依據，是以，對於政府機關意思形成與決定具關鍵性影響，屬行政權核心事務，若由民意代表兼任，恐使權力分立界線模糊化。

修正條文	現行條文	說明
		四、依立法委員行為法第十五條：「立法委員受託對政府遊說或接受人民遊說，…」及遊說法第二條第一項：「本法所稱遊說，指遊說者意圖影響被遊說者或其他所屬機關對於法令、政策或議案之形成、制定、通過、變更或廢止，而以口頭或書面方式，直接向被遊說者或其他指定之人表達意見之行為。」第三項第二款：「本法所稱被遊說者如下：…二、各級民意代表。」規定各級民意代表可能成為政策之遊說者或被遊說者當其接受人民遊說而匯聚意見後，若參與行政機關政策、議案或法令形成，恐致行政與立法權限集中而產生權限衝突。 五、本會議代表基於民眾醫療需求就保險人所提出全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準研議擬訂，既屬「行政」權限行使之一環為避免權限混淆，參考醫療法第一百條、醫師懲戒辦法第三條及衛生福利部醫事審議委員會設置要點第三點規定，修正第一項規定，建立公正客觀機制。
第七條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。 本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限；本辦法中華民國一百十四年三月二十四日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。	第七條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。	有關增訂第四項延長執行職務之例外規定，說明如下： 一、現行條文並未規範任期屆滿後，倘相關團體未能如 期推派新任代表完成聘任情形應如何處置，為確保會議能如期召開，使醫療服務納入健保給付建議案納入健保給付，以維護保險對象使用新醫療服務權益及醫療需求。 二、由於一百十二年聘任之本會議代表任期至 一百十三年十二月三十一日止，為避免新任代表未及時就任，爰新增使前開任期之代表得溯及適用延長執行職務之規定。

本會學術教育課程表

114年學術繼續教育課程表

時間：下午一時至三時（星期五）

地點：實體（公會七樓會議室）+線上並行

◆線上課程將採用**Cisco Webex Meetings**軟體，請提早下載安裝，並使用中文全名登錄。

◆系統會自動記錄上課時間，本會將依上線時間給予學分。

日 期	講 題	講 師
114.06.06	IgG4 related disease	蔡明學
114.06.13	幼兒皮膚疾病 - 貌似蜂窩組織炎的蟲子叮咬反應	林仲
114.06.20	生殖醫學中心的現況與未來展望	詹景全
114.06.27	與時俱進的胸腔外科 - 時代脈動下的手術演進	徐紹勛
114.07.04	急性冠心症	吳承學
114.07.11	STI 概論與 PrEP 實務戰略分享	李嘉文
114.07.18	Update on the diagnosis of Cushing syndrome 庫欣氏症候群診斷的最新進展	林亮羽
114.07.25	病毒疣是否由不得人	洪楨邦

投稿簡則

一、本刊為台北市執業醫師的園地，歡迎各位會員同仁踴躍提供與醫療有關之學術研究報告、醫療行政業務、行醫心得、文藝創作、旅遊見聞等創作。

二、各類文章，以不超過8000字為原則，但特約稿例外。學術性文章，題目、姓名均須以中文書寫，題目不超過20字為限。本刊對來稿有修改的權力。

三、本刊「台北市醫師公會會刊(Journal of Taipei Medical Association)」，英文縮寫為J Taipei Med Assoc。

四、凡學術性文章，請依下列簡則：

1. 來稿請以中文橫向打字；英文名詞除已慣用簡寫外，其它儘量譯成中文，並以括號附註原文。英文譯中文請用牛頓英漢醫學辭典、高氏醫學辭典或華欣醫學大辭典。英文字之字頭，除標題、每行開頭字、專有名詞與藥物商品名外，請一律小寫。

2. 凡數字應用阿拉伯字體書寫，度量衡單位應使用國際單位系統符號。

3. 插圖如係照片，須光面且黑白清晰，如係圖表，應用濃墨描繪於白紙，轉錄之圖、表應註明出處。圖以阿拉伯數字，表以羅馬字排列次序。插圖如為電腦檔案，則解析度至少需為300 dpi。

4. 參考文獻之引用如下：

A.參考文獻按照引用先後順序排列，於文中引用時請以小寫阿拉伯數字標示於引用處之右上方。

B.參考文獻之著者需全部列出，如為三人以上者，則僅列前三人。

C.所列之參考文獻以二十個為限。

D.參考文獻如為雜誌，請書寫著者姓名、題目、雜誌簡稱(按照MEDLINE規定)、年號、卷數、期數、起訖頁數。

中文例：盤松青：社區型肺炎的治療與預防。台北市醫師公會會刊 2018；62(7)：46-50.

英文例：Brown MS, Goldstein JL: A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232(4746): 34-47.

E. 參考文獻為書之範例：文章著者姓名、題目、編輯者姓名、書名、版數、年代、出版社名、地址、起訖頁數。

McIntyre N, Harry DS: Measurement of plasma lipids, lipoproteins, apoproteins and enzyme. In McIntyre N, Harry DS, eds. Lipids and Lipoproteins in Clinical Practice. 2nd ed, 1992. Wolfe Publishing Ltd. London, UK. P.33-68.

F.參考文獻如為網站資料，請註明日期。

五、本刊僅接受未曾發表之著作，請勿一稿兩投：凡經本刊登載後，版權即歸本刊所有，除於本刊刊登外，亦張貼於本會網站。本刊於每期會刊出版後，選取部份文章提供與本會簽約合作之數位公司收錄和提供下載服務。所有文章除本刊同意外不得轉載。若為摘譯、譯稿或改寫稿，需附原作者之正本同意書，並附原文影本一份；作者之觀點並不代表本會立場，若有法律責任由作者自行負責。來稿如涉及版權，概由作者自行負責。

六、投稿請寄稿件及投稿聲明書，寄至「台北市信義路二段74號6樓編輯委員會」，並詳附姓名、通訊地址、電話、傳真號碼、服務單位及職別，或e-mail至tma07@tma.org.tw。如經採用，將略致薄酬以表謝意。

臺北市醫師公會
會址：臺北市大安區信義路二段74號6樓
電話：(02)23510756　傳真：(02)23510739
TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION
6F., No. 74, Sec. 2, Xinyi Rd.,
Da-an Dist.,Taipei City, Taiwan (R.O.C.)
TEL:+886-2-23510756 · 23510757
FAX:+886-2-23510739